

362.11
RAT
2 01

**ANALISIS BIAYA DENGAN METODE ACTIVITY BASED COSTING
PADA PELAYANAN RAWAT INAP PAVILIUN CENDANA
RSUD. DR. MOEWARDI SURAKARTA TAHUN 2001**



Tesis
untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai derajat Sarjana S-2

Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi Analisis Kebijakan dan Administrasi Kesehatan

GINI RATMANTI
E4 A000 082

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG
2003**

UPT-PUSTAK UNDIP

TESIS

ANALISIS BIAYA DENGAN METODE ACTIVITY BASED COSTING PADA PELAYANAN RAWAT INAP PAVILIUN CENDANA RSUD. DR. MOEWARDI SURAKARTA TAHUN 2001

Disusun oleh

GINI RATMANTI
E4A000082

Tesis ini telah di dipertahankan di depan Tim Penguji
pada tanggal 9 Januari 2003
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

**Menyetujui,
Dewan Penguji**

Pembimbing Utama



Dra. Chriswardani Suryawati, M.Kes

Pembimbing Pendamping



Lucia Ratna K.W, M.Kes

Penguji



dr. Eddy Soejono, MHA

Penguji



dr. Aneke Suparwati, MPH



**Ketua Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat**

dr. Sudiro, MPH, Dr.PH

**ANALISIS BIAYA DENGAN METODE ACTIVITY BASED COSTING
PADA PELAYANAN RAWAT INAP PAVILIUN CENDANA
RSUD. DR. MOEWARDI SURAKARTA
TAHUN 2001**

Disusun oleh :

Gini Ratmanti

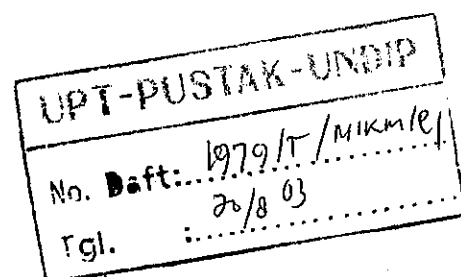
NIM : E4A 000082

Konsentrasi : Analisis Kebijakan Kesehatan

**MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2002**

PERNYATAAN

Dengan ini , saya Gini Ratmanti, SKM menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil karya sendiri yang belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Oleh karena itu pertanggung jawaban berada dalam diri saya sepenuhnya.



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Gini Ratmanti, SKM.

Tempat, tanggal lahir : Malang, 28 April 1965.

Agama : Islam.

Alamat : Jln. Wijaya Kusuma no 34 Jaten Permai Karanganyar
Surakarta . 57771

Riwayat pendidikan : SDK Mardiwiyata Malang lulus tahun 1976.
SMPN 1 Malang lulus tahun 1980.
SMAN 3 Malang lulus tahun 1983.
Akademi Gizi Malang lulus tahun 1986.
FKM UNDIP Semarang lulus tahun 2001

Riwayat pekerjaan : 1987 - 1989 Ahli gizi R.S. Darmo Surabaya
1989 - 1994 Staf Instalasi Gizi RSDM
1994 - 1999 Kepala Instalasi Gizi RSDM
1999 – 2001 Mengikuti tugas belajar pada FKM
2001– selesai Mengikuti tugas belajar pada
Program Pasca Sarjana UNDIP
Semarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT karena atas limpahan taufiq dan hidayahNya penyusunan tesis ini dapat terselesaikan. Tesis yang berjudul Analisis Biaya Dengan Metode Activity Based Costing Pada Pelayanan Rawat Inap Paviliun Cendana RSUD.Dr. Moewardi Surakarta tahun 2001 ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan untuk mencapai gelar magister pada Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang.

Kami menyadari bahwa kegiatan penelitian sampai dengan penulisan tesis tidak akan terlaksana sebagaimana yang diharapkan tanpa bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini ijin kami menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Bapak dr. Sardjana. MMR. Selaku direktur RSUD.dr. Moewardi Surakarta yang telah berkenan memberikan ijin penelitian.
2. Ibu Dra. Chriswardani, MKes. Selaku pembimbing Utama yang dengan penuh ketelatenan dan kesabaran memberikan pengarahan dan bimbingan dalam penyusunan tesis ini.
3. Ibu Lucia Ratna Kartika Wulan, SH, MKes. Selaku pembimbing Pendamping yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan dalam penyusunan tesis ini.

4. Bapak dr. Harry Poernomo Sidik, MKes. Selaku Kepala IRNA 3 Paviliun Cendana RSUD.dr. Moewardi Surakarta beserta staf yang telah memberikan bantuan dalam pengumpulan data.
5. Keluarga besar Drs.Soewondo Martapi di Malang dan keluarga besar Waluyo di Semarang atas doa restu, bantuan, dorongan dalam penyelesaian tugas belajar ini.
6. Suamiku tersayang Poerwanto, SKM, MSi dan anak-anakku tercinta Atik Sri Hartati Nugrahaeni, Luluk Leksana Luwih Bakti Putranto, Ica Annisa Sholechah Sesatrayane atas pengertian, semangat, dorongan dan pengorbanan dalam penyelesaian pendidikan ini.
7. Teman-teman seperjuangan program DIII- S2 HP V yang telah bersama – sama melewati masa pendidikan dalam suka dan duka.
8. Semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu per satu yang telah memberikan doa restu, dorongan dan semangat dalam proses penyelesaian pendidikan dan penyusunan tesis ini.

Semoga amal baik semua pihak menjadi amal jariah ,mendapat balasan yang berlipat dan selalu mendapat petunjuk dan bimbingan dari Allah SWT.

Kami menyadari tesis ini masih jauh dari sempurna kritik dan saran perbaikan kami harapkan untuk perbaikan tesis ini. Harapan kami tesis ini berguna bagi yang membutuhkan.

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman judul.....	i
Halaman persetujuan tesis.....	ii
Halaman pernyataan.....	iii
Daftar riwayat hidup.....	iv
Kata pengantar.....	v
Daftar isi.....	vii
Daftar tabel.....	x
Daftar gambar.....	xii
Daftar lampiran.....	xiii
Daftar singkatan.....	xiv
Abstrak.....	xv
Abstract.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
A. LATAR BELAKANG.....	1
B. RUMUSAN MASALAH.....	7
C. TUJUAN PENELITIAN.....	8
D. LINGKUP PENELITIAN.....	9
E. MANFAAT PENELITIAN.....	10
F. KEASLIAN PENELITIAN.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. PELAYANAN KESEHATAN.....	13
B. RUMAH SAKIT.....	14
C. PENGERTIAN DAN KLASIFIKASI.....	17
D. ANALISIS BIAYA RUMAH SAKIT.....	19
E. ANALISIS PENERAPAN TARIP RUMAH SAKIT.....	22
F. KEMANDIRIAN PELAYANAN KESEHATAN.....	26
G. KEBIJAKAN SUBSIDI SILANG.....	27
H. BIAYA PENYUSUTAN.....	27
I. TITIK IMPAS (BREAK EVEN POINT).....	29

K. METODE ANALISIS BIAYA RUMAH SAKIT.....	30
L. ACTIVITY BASED COSTING.....	32
M. ABC DALAM KONTEKS INDUSTRI JASA.....	41
N. PERSYARATAN PENGGUNAAN PENDEKATAN ABC.....	46
O. PERHITUNGAN TITIK IMPAS DENGAN ABC.....	47
P. MANFAAT ABC.....	48
Q. KERANGKA TEORI.....	50
BAB III METODE PENELITIAN	
A. KERANGKA KONSEP.....	51
B. ALUR KEGIATAN PENELITIAN.....	53
C. INSTRUMEN PENELITIAN.....	54
D. PROSEDUR KEGIATAN PENELITIAN.....	54
E. DEFINISI OPERASIONAL.....	57
F. JENIS PENELITIAN.....	67
G. LOKASI PENELITIAN.....	67
H. SAMPEL PENELITIAN.....	67
I. CARA PENGUMPULAN DATA.....	68
J. METODE ANALISIS DATA.....	68
BAB IV HASIL PENELITIAN	
A. GAMBARAN UMUM.....	70
B. GAMBARAN UMUM KEGIATAN.....	77
C. GAMBARAN HASIL PELAYANAN.....	78
D. IDENTIFIKASI BIAYA PELAYANAN KESEHATAN.....	81
E. HASIL PERHITUNGAN UNIT COST TANPA GAJI	94
F. HASIL PERHITUNGAN UNIT COST TANPA INVESTASI.....	102
G. HASIL PERHITUNGAN UNIT COST TANPA GAJI DAN INVESTASI.....	111
H. ANALISIS TITIK IMPAS.....	117
I. HASIL WAWANCARA MENDALAM.....	121

BAB V PEMBAHASAN

A. PENGGUNAAN ABC DALAM ANALISIS BIAYA.....	123
B. BIAYA TOTAL.....	124
C. UNIT COST PAVILIUN CENDANA.....	127
D. ANALISIS TITIK IMPAS	147

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN.....	150
B. SARAN.....	152

DAFTAR PUSTAKA**LAMPIRAN**

DAFTAR TABEL

	Halaman
1.1. Tarif dan fasilitas pelayanan rawat inap Paviliun Cendana.....	4
1.2. Kinerja Paviliun Cendana tahun 1999, 2000,2001.....	5
2.1. Beda antara metode conventional dengan ABC.....	31
3.1. Matrik pengumpulan data penelitian.....	52
4.1. Jumlah pegawai Paviliun Cendana tahun 2001.....	73
4.2. Komponen tarif rawat inap Paviliun Cendana.....	76
4.3. Usulan tarif baru Paviliun Cendana.....	76
4.4. Pencapaian BOR Paviliun Cendana.....	78
4.5. Jumlah Hari Perawatan Paviliun Cendana.....	79
4.6. Jumlah Pasien Paviliun Cendana Berdasar SMF.....	80
4.7. Penggolongan biaya dalam cost pool dan cost driver.....	85
4.8. Total biaya cost pool VVIP Paviliun Cendana.....	86
4.9. Aktivitas VVIP Paviliun Cendana.....	87
4.10. Perhitungan unit cost VVIP Paviliun Cendana.....	87
4.11. Total biaya cost pool VIP A Paviliun Cendana.....	88
4.12. Aktivitas VIP A Paviliun Cendana.....	88
4.13. Perhitungan unit cost VIP A Paviliun Cendana.....	89
4.14. Total biaya cost pool VIP B Paviliun Cendana.....	90
4.15. Aktivitas klas VIP B Paviliun Cendana.....	90
4.16. Perhitungan unit cost Paviliun Cendana VIP B.....	91
4.17. Perhitungan unit cost Paviliun Cendana Klas Utama.....	92
4.18. Aktivitas Paviliun Cendana Klas Utama.....	92
4.19. Perhitungan unit cost Klas Utama.....	93
4.20. Perhitungan cost pool tanpa gaji VVIP.....	94
4.21. Unit cost tanpa gaji VVIP.....	94
4.22. Perhitungan cost pool tanpa gaji VIP A.....	95

4.23. Perhitungan unit cost tanpa VIP A.....	96
4.24. Perhitungan cost pool tanpa gaji VIP B.....	97
4.25. Perhitungan unit cost tanpa gaji VIP B.....	98
4.26. Perhitungan cost pool tanpa gaji Klas Utama.....	99
4.27. Perhitungan unit cost tanpa gaji Klas Utama.....	100
4.28. Perhitungan cost pool tanpa investasi VVIP.....	101
4.29. Perhitungan unit cost tanpa investasi VVIP	102
4.30. Perhitungan cost pool tanpa investasi VIP A.....	103
4.31. Perhitungan unit cost tanpa investasi VIP A.....	103
4.32. Perhitungan cost tanpa investasi VIP B.....	104
4.33. Perhitungan unit cost tanpa investasi VIP B.....	105
4.34. Perhitungan unit cost tanpa investasi Klas Utama.....	106
4.35. Perhitungan unit cost tanpa investasi Klas Utama.....	107
4.36. Perhitungan cost pool tanpa gaji dan investasi VVIP	108
4.37. Perhitungan unit cost tanpa gaji dan investasi VVIP	109
4.38. Perhitungan cost pool tanpa gaji dan investasi VIP A.....	110
4.39. Perhitungan unit cost tanpa gaji dan investasi VIP A.....	110
4.40. Perhitungan cost pool tanpa gaji dan investasi VIP B.....	111
4.41. Perhitungan unit cost tanpa gaji dan investasi VIP B.....	112
4.42. Perhitungan cost pool tanpa gaji dan investasi Klas Utama.....	113
4.43. Perhitungan unit cost tanpa gaji dan investasi Klas Utama.....	114
5.1. Unit cost Paviliun Cendana dihitung dengan metode ABC.....	127
5.2. Matrik analisis sensitivitas unit cost.....	140
5.3. Matriks analisis sensitivitas unit cost tanpa investasi.....	142
5.4. Matriks analisis sensitivitas unit cost tanpa gaji.....	144
5.5. Matriks analisis sensitivitas unit cost tanpa gaji dan investasi.....	146
5.6. Pencapaian titik impas Paviliun Cendana.....	147
5.7. Perhitungan titik impas tarip lama berdasar total biaya dan pendapatan	148
5.8. Perhitungan titik impas tarip baru berdasar total biaya dan pendapatan	149

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1. Konsep dasar ABC.....	36
2.2. Kerangka teori.....	50
3.1. Kerangka konsep penelitian.....	51
3.2. Alur kegiatan penelitian.....	53
4.1. Struktur organisasi Paviliun Cendana.....	72
4.2. Alur pelayanan rawat inap Paviliun Cendana.....	77
4.3. Penerimaan RSDM Tahun 2001.....	83
4.4. Pembiayaan Paviliun Cendana.....	84

DAFTAR LAMPIRAN

1. Pedoman Wawancara Mendalam.
2. Formulir Pengumpulan Data.
3. Surat Ijin Penelitian.
4. Struktur Organisasi RSDM Surakarta.
5. Penyusutan Gedung Paviliun Cendana Tahun 2001.
6. Penyusutan Inventaris Paviliun Cendana Tahun 2001.
7. Pemakaian Alat Kesehatan Pakai Habis Paviliun Cendana Tahun 2001.
8. Biaya Makanan Pasien Paviliun Cendana Tahun 2001.
9. Biaya Alat Makan Pasien Paviliun Cendana Tahun 2001.
10. Biaya Makanan Pegawai Paviliun Cendana Tahun 2001.
11. Biaya Laundry Pasien Paviliun Cendana Tahun 2001.
12. Biaya Sterilisasi Instrumen Paviliun Cendana Tahun 2001.
13. Biaya Cleaning Service Paviliun Cendana Tahun 2001.
14. Biaya Pengolahan Limbah Paviliun Cendana Tahun 2001.
15. Biaya Fogging Ruangan Paviliun Cendana Tahun 2001.
16. Biaya Pembakaran Sampah Medis Paviliun Cendana Tahun 2001.
17. Biaya Sewa Tanaman Paviliun Cendana Tahun 2001.
18. Biaya Catatan Medik Paviliun Cendana Tahun 2001.
19. Biaya Alat Tulis Kantor Paviliun Cendana Tahun 2001.
20. Biaya Bahan Pembersih Paviliun Cendana Tahun 2001.
21. Biaya Rumah Tangga Paviliun Cendana Tahun 2001.
22. Biaya Pemeliharaan Elektrik Paviliun Cendana Tahun 2001.
23. Biaya Pembelian Alat Listrik Paviliun Cendana Tahun 2001.
24. Biaya Langganan Listrik Paviliun Cendana Tahun 2001.
25. Biaya Langganan Air Bersih Paviliun Cendana Tahun 2001.
26. Biaya Telpon Nurse Station Paviliun Cendana Tahun 2001.
27. Biaya Pemakaian Genset Paviliun Cendana Tahun 2001.
28. Biaya Gaji Pegawai Paviliun Cendana Tahun 2001.

DAFTAR SINGKATAN

- | | |
|-------------------|---|
| 1. ABC | : Activity Based Costing. |
| 2. APBD | : Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah. |
| 3. CRR | : Cost Revenue Rate , tingkat pemulihan. |
| 4. IRNA | : Instalasi Rawat Inap |
| 5. Revenue center | : Pusat pendapatan. |
| 6. RSDMS | : Rumah Sakit dr.Moewardi Surakarta. |
| 7. SMF | : Staf Medik Fungsional. |
| 8. TC | : Total cost, total pembiayaan. |
| 9. TR | : Total revenue, total pendapatan |
| 10. UC | : Unit cost, biaya satuan. |
| 11. VIP | : Very Important People |
| 12. VVIP | : Very Very Important People. |
| 13. OPRS | : Operasional Pemeliharaan Rumah Sakit. |
| 14. SBBO | : Sumbangan Bantuan Biaya Operasional. |

Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro
Semarang 2002

ABSTRAK

GINI RATMANTI

**JUDUL : ANALISIS BIAYA DENGAN METODE ACTIVITY BASED
COSTING PADA PELAYANAN RAWAT INAP PAVILIUN
CENDANA RSUD.DR.MOEWARDI SURAKARTA TAHUN 2001.**

154 halaman + 55 tabel + 8 gambar + 28 lampiran

RSUD. Dr. Moewardi Surakarta adalah rumah sakit pendidikan type B milik pemerintah propinsi Jawa Tengah yang memiliki kapasitas tempat tidur 473. Salah satu pelayanan rawat inap yang dimiliki adalah paviliun Cendana. Penentuan tarip pada Paviliun Cendana RSDMS hanya perkiraan saja yaitu menilik tarip pesaing kemudian diturunkan sedikit. Permasalahan yang ada adalah berapakah biaya satuan setiap kelas perawatan untuk menentukan tarip yang realistis dan efesien pada Paviliun Cendana RSDMS.

Tujuan penelitian ini adalah melakukan suatu analisis biaya untuk menghitung biaya satuan guna menentukan tarip riil pelayanan rawat inap paviliun Cendana RSDMS.

Penelitian ini adalah suatu studi kasus yang bersifat diskriptif, kuantitatif didukung data kualitatif dengan wawancara mendalam. Perhitungan unit cost dilakukan dengan metode ABC.

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pembiayaan paviliun Cendana bersumber dari APBD 1996 dan 2001 serta dana paviliun. Komponen tarip terdiri dari jasa sarana, jasa pelayanan medis dan jasa pelayanan non medis. Unit cost asli, tanpa gaji, tanpa investasi serta tanpa gaji dan investasi pada kelas VVIP, VIP A, VIP B dan kelas Utama belum memenuhi Cost Recovery Rate (CRR) yang diharapkan. Berdasarkan analisis sensitivitas, CRR tarip baru mencapai angka yang diharapkan 1) unit cost asli pada kelas VVIP; 2) unit cost tanpa investasi pada kelas VVIP; 3) unit cost tanpa gaji pada VVIP, VIP A dan VIP B; 4) unit cost tanpa gaji dan investasi pada VVIP, VIP A dan VIP B.

Saran yang dapat diajukan untuk Paviliun Cendana adalah jasa untuk sarana perlu dinaikkan, perlu dilakukan analisis biaya secara rutin. Tarip baru sudah perlu dilaksanakan untuk dapat mewujudkan tujuan pembentukan paviliun.

Kata kunci : *Unit cost, Activity Based Costing, CRR, Analisis biaya.*

Kepustakaan : 21 (tahun 1986 – 2001)

Public Health Science
Postgraduate Program of Diponegoro University
Semarang 2002

ABSTRACT

GINI RATMANTI

COST ANALYSIS USING ACTIVITY BASED COSTING METHOD ON IN-PATIENT SERVICE AT CENDANA PAVILION OF DR. MOEWARDI GENERAL HOSPITAL SURAKARTA YEAR 2001.

154 pages + 55 tables + 8 figures + 28 enclosures

Dr. Moewardi Hospital Surakarta (*RSDMS*) is a *B type* educational hospital owned by the provincial government of Central Java, and has capacity of 473 beds. One of its in-patient service units is Cendana pavilion. The determination of tariff of the Cendana pavilion of *RSDMS* was based on estimation by firstly observing competitors' tariffs, and then decreasing the tariff. How much unit cost of each care class in order to determine realistic and efficient tariff of the Cendana pavilion of *RSDMS* was the problem of hospital tariff.

The aim of the research was to calculate the unit cost as to determine real tariff of the in-patient care services of the Cendana pavilion of *RSDMS*.

This research was a case study, which was descriptive, quantitative, and supported with qualitative data with in-depth interview. The calculation of cost unit was approached with ABC method.

Based on the results of the research it can be concluded that the fund for Cendana pavilion's expenses has been obtained from Regional Budget And Income of 1996, 2001 and the pavilion fund. The components of the tariff comprise accommodation fee, medical and non-medical service fee. The original unit cost excluded wages, investment, and wages and investment at VVIP class, VIP-A class, VIP-B class and Main class has not fulfilled the expected Cost Recovery Rate (*CRR*). Meanwhile, 1) the new tariff based on the sensitivity analysis of the original unit cost has reached the expected *CRR* at VVIP; 2) the new tariff based on the sensitivity analysis of the unit cost without investment has reached the expected *CRR* at VVIP; 3) the new tariff based on the sensitivity analysis of the unit cost without wages has reached the expected *CRR* at VVIP, VIP-A, and VIP-B; and 4) the new tariff based on the sensitivity analysis of the unit cost without wages and investment has reached the expected *CRR* at VVIP, VIP-A, and VIP-B.

The suggestions that can be proposed are 1) that the infrastructure service cost needs to be increased, and 2) that the cost analysis needs to be conducted routinely. The new tariff has been necessary to be implemented as to realize the aims of pavilion establishment.

Key words: Unit cost, Activity Based Costing, Cost Recovery Rate, Cost analysis.
References: 21 (years of 1986 – 2001)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Berdasarkan Undang-undang nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan dijelaskan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Untuk mencapai tujuan tersebut ditetapkan bahwa setiap manusia mempunyai hak dan kewajiban yang sama atas pemeliharaan kesehatan juga penyediaan dana dari berbagai sumber (Aflah Ruhul, 2001).

Terwujudnya keadaan sehat adalah kehendak semua pihak, tidak hanya orang per orang tetapi juga oleh keluarga, kelompok dan bahkan oleh masyarakat. Untuk dapat mewujudkan keadaan sehat tersebut banyak hal yang perlu dilakukan, salah satu diantaranya yang dinilai mempunyai peranan yang cukup penting adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan (Blum, 1974).

Sekalipun bentuk dan jenis pelayanan kesehatan banyak macamnya, namun jika disederhanakan secara umum dapat dibedakan menjadi dua. Pembagian tersebut menurut Hodyetts dan Casio (1983) adalah pelayanan kedokteran (*medical services*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*). Pelayanan kedokteran ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi atau institusi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan

kesehatan dengan sasaran utama perseorangan atau keluarga. Contohnya praktek dokter swasta, balai pengobatan, puskesmas, rumah bersalin dan rumah sakit. Pelayanan kesehatan masyarakat ditandai dengan cara pengorganisasian bersama-sama dalam satu organisasi/institusi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit sasaran utamanya adalah masyarakat. (Azrul Azwar, 1996).

Rumah sakit sebagai salah satu pelayanan kesehatan menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara merata dengan mengutamakan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Berdasarkan kepemilikannya rumah sakit terbagi menjadi rumah sakit pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan swasta. Biaya penyelenggaraan rumah sakit pemerintah baik pusat maupun daerah dipikul bersama oleh masyarakat dan pemerintah dengan memperhatikan kemampuan keuangan negara dan keadaan sosial ekonomi masyarakat. Besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh pelayanan disebut tarip (Wiyono, 1999).

Tiap rumah sakit akan menetapkan tarip pelayanan sesuai dengan misi masing-masing, tetapi ada hal yang sama sebagai pertimbangan dalam penetapan tersebut yaitu mendapatkan *revenue* yang mencukupi untuk menjalankan rumah sakit. Penetapan tarip rumah sakit tidak dapat disama ratakan untuk semua rumah sakit, karena masing-masing mempunyai ciri tersendiri dan efesiensi yang berbeda antara satu dengan lainnya. Dengan maraknya arus swastanisasi, kini banyak rumah sakit pemerintah yang diswadanakan. Salah satu komponen penting dari

swadana adalah penetapan tarip, dengan tujuan mencapai *cost recovery* yang memadai (Thabrany, 1999).

Rumah sakit Dr Moewardi Surakarta (RSDMS) adalah Rumah Sakit type B pendidikan milik pemerintah Propinsi Jawa Tengah dengan kapasitas 473 tempat tidur. Berdasarkan Peraturan Daerah Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah nomor 14 tahun 1999 tanggal 5 Agustus 1999 ditetapkan menjadi unit swadana daerah propinsi daerah tingkat I Jawa Tengah. Rumah sakit ini merupakan rujukan untuk Jawa Tengah bagian Selatan dan Jawa Timur bagian Barat. Pelayanan yang diberikan di RSDM meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Rawat inap dikelola oleh Instalasi Rawat Inap (IRNA) yang terdiri IRNA 1, IRNA 2, IRNA 3 dan IPI (Instalasi Perawatan Intensif). IRNA 1 adalah ruang perawatan yang terdiri dari Melati 1, Melati 2 dan Melati 3 dengan klas perawatan I, II, IIIa dan IIIb. IRNA 2 adalah ruang perawatan yang terdiri dari Ruang bersalin, Mawar 1, Mawar 2 dan Mawar 3 dengan klas perawatan yang terdiri dari II, IIIa dan III b. IRNA 3 adalah Paviliun Cendana yang terdiri dari pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Pelayanan rawat inap terdapat pada Cendana 1, Cendana 2 dan Cendana 3. Cendana 1 terdiri dari 5 tempat tidur untuk VIP A dan 16 tempat tidur VIP B. Pada Cendana 2 terdapat 4 tempat tidur VVIP, 6 tempat tidur VIP A dan 26 tempat tidur VIP B. Cendana 3 terdiri 10 tempat tidur VIP A, 16 tempat tidur VIP B dan 6 tempat tidur klas utama. Jumlah tempat tidur sebanyak 99 tempat tidur atau 20,93 % dari tempat tidur yang ada di rumah sakit.

Tarif pelayanan rawat inap di Paviliun Cendana dibedakan menurut kelas perawatan. Tarif dan fasilitas tiap kelas perawatan dapat dilihat pada tabel 1.1.

Tabel 1.1. Tarif dan fasilitas pelayanan rawat inap Paviliun Cendana RSDMS 2001.

No	Klas	Fasilitas	Tarif
1	Utama 1 kamar 2 pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Lemari pasien • Tempat tidur pasien • AC, televisi, telepon • Kamar mandi • Kursi Sofa 	Rp. 60.000,-
2	VIP B 1 kamar 2 pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Lemari pasien • Tempat tidur pasien • AC, televisi, telepon • Kamar mandi • Lemari es 	Rp. 85.000,-
3	VIP A 1 kamar pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Lemari pasien • Tempat tidur pasien • AC, televisi, telepon • Kamar mandi • Lemari es • Sofa bed 	Rp. 115.000,-
4	VVIP 1 kamar pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Lemari pasien • Tempat tidur pasien • AC, televisi, telepon • Kamar mandi • Lemari es • Sofa bed • Meja makan • Pantry 	Rp. 155.000,-

Sumber: Sub Bag hukum dan Humas RSUD Dr Moewardi Surakarta 2002

Rumah sakit pesaing yang lokasinya paling dekat dengan RSDMS adalah RS.Dr. Oen Kandang Sapi, berjarak kurang lebih 1 km. Rumah sakit ini adalah rumah sakit swasta yang cukup besar di Solo. Sebagai perbandingan dengan tarif RSDMS, tarif VIP di rumah sakit ini sebesar Rp.235.000 dengan fasilitas berupa tempat tidur, kamar mandi, telpon, lemari es, AC, televisi.

Paviliun Cendana merupakan *revenue center* bagi RSDMS, sehingga agar hasil yang didapat optimal diperlukan penanganan yang cermat. Berdasarkan wawancara mendalam dengan Kepala Instalasi Rawat Inap 3 dan Wakil Direktur Umum dan Keuangan yang dilakukan sebagai survey pendahuluan sebelum dilakukan penyusunan proposal penelitian, diperoleh keterangan bahwa perhitungan tarif rumah sakit umumnya dan Paviliun Cendana pada khususnya belum menggunakan perhitungan berdasarkan metode-metode perhitungan biaya tetapi melihat tarif rumah sakit pesaing di sekitar dan kemudian diturunkan sedikit. Animo masyarakat terhadap Paviliun Cendana cukup tinggi, hal ini dapat dilihat dari daftar tunggu yang cukup panjang untuk dirawat di Paviliun ini. Pada tabel 1.2. berikut dapat diketahui kinerja Paviliun Cendana pada tahun 1999, 2000 dan 2001.

Tabel 1.2. Kinerja Paviliun Cendana RSDMS pada tahun 1999, 2000, 2001.

No	Indikator pelayanan	Cendana 1 (VIP A, VIP B)			Cendana 2 (VVIP, VIPA, VIPB)			Cendana 3 (Utama, VIP A, VIP B)		
		99	00	01	99	00	01	99	00	01
1	Kapasitas tempat tidur	21	21	21	36	36	36	42	42	42
2	BOR (%)	78,2	72,1	83,6	50,8	53,7	68,1	43,4	38,7	50,9
3	LOS (hari)	5,8	6,5	5,8	6,3	5,6	5,4	6,2	6,5	5,3
4	TOI	1,6	2,2	1,4	4,9	5,4	3,2	9,1	8,6	6,3
5	BTO	4,1	3,5	4,6	3,0	2,9	3,1	1,9	2,2	2,7

Sumber : Sub Bagian Penyusunan Program Dan Laporan RSDM Surakarta

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa pada tahun 1999 sampai dengan 2001 pada Cendana 1 dan Cendana 2 terjadi peningkatan BOR sedangkan pada Cendana 3 mengalami penurunan pada tahun 2000 dan meningkat pada tahun 2001. BOR merupakan tingkat pemakaian tempat tidur dengan angka ideal 60 – 80 %, sehingga dari data di atas minat masyarakat terhadap ruang rawat inap Cendana cukup tinggi. Length of Stay (LOS) adalah rata-rata lamanya pasien dirawat di rumah sakit. Indikator ini penting untuk menilai efesiensi rumah sakit. Panjangnya hari rawat bukan merupakan indikator pelayanan yang berkualitas tinggi. Angka ideal LOS adalah 4-6 hari (Berman,1986). Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan Wakil Direktur Umum dan Keuangan dalam rangka survey pendahuluan, diperoleh keterangan pula bahwa sampai saat ini belum ada perhitungan tentang prosentase sumbangan Paviliun Cendana terhadap penerimaan rumah sakit dan prosentase penggunaan anggaran rumah sakit untuk biaya operasional Paviliun Cendana.

Dalam rangka memenuhi amanat pasal 18 UUD 1945 beserta penjelasannya, pemerintah telah menerbitkan UU nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah yang intinya adalah pembagian kewenangan antara pusat dan daerah (*power sharing*) serta UU nomor 25 tahun 1999 dan PP nomor 25 tahun 2000 yang intinya adalah perimbangan keuangan antara pusat dan daerah (*financial sharing*). Berkaitan dengan hal tersebut diatas masalah yang dihadapi oleh RSDM adalah berhentinya dua sumber dana yang berasal dari pemerintah pusat yaitu OPRS (Operasional Pemeliharaan Rumah Sakit) dan SBBO (Sumbangan Bantuan Biaya

Operasional) sejak tahun anggaran. 2000. Penggunaan anggaran ini adalah untuk operasional serta pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit, contoh penggunaan anggaran OPRS adalah untuk pengecatan ruangan, perbaikan bangunan, renovasi bangsal dll, sedangkan contoh penggunaan SBBO adalah pembelian bahan makanan untuk pasien, alat kesehatan, obat. Dengan berkurangnya sumber daya keuangan tersebut diatas menyebabkan rumah sakit harus melakukan pemberdayaan pengelolaan keuangan untuk mencapai kemandirian pembiayaan rumah sakit dan berusaha tetap memberikan pelayanan pelayanan sesuai dengan prosedur pelayanan di rumah sakit.

Perubahan-perubahan yang tersebut diatas memaksa pihak manajemen untuk menyusun strategi baru. Jika manajemen melayani kebutuhan konsumen dengan filosofi bahwa mereka tidak akan membebani konsumennya dengan aktivitas bukan penambah nilai bagi konsumen, maka manajemen akan senantiasa berusaha melakukan penyempurnaan terhadap berbagai aktivitas untuk menghasilkan jasa bagi konsumen. Manajemen yang mendasarkan pada filosofi tersebut memerlukan informasi yang memungkinkan mereka melakukan perencanaan dan pengendalian terhadap berbagai aktivitas yang menghasilkan jasa. Oleh karena itu informasi manajemen yang dirancang atas dasar aktivitas (*activity based cost system*) merupakan cara yang relevan dengan kebutuhan manajemen saat sekarang. Metode ABC pada dasarnya adalah merupakan metode untuk menentukan harga pokok produk (*product costing*) yang ditujukan untuk menyajikan informasi harga produk secara cermat (*accurate*) bagi kepentingan manajemen, dengan

mengukur secara cermat konsumsi sumber daya dalam setiap aktivitas yang digunakan untuk menghasilkan suatu produk. Sedangkan metode konvensional penentuan harga hanya menitik beratkan pada fase produksi saja (Mulyadi, 1993).

B. Rumusan Masalah

Paviliun Cendana merupakan pelayanan rawat inap yang diharapkan menjadi *revenue center*, sehingga untuk mendapatkan hasil yang optimal perlu penanganan cermat. Selama ini di paviliun ini belum pernah dilakukan perhitungan tarip yang berdasarkan analisis biaya tetapi hanya berdasarkan tarip pesaing yang kemudian diturunkan sedikit. Animo masyarakat terhadap paviliun ini cukup tinggi dapat dilihat dari naiknya BOR dari tahun ke tahun dan antrean yang cukup panjang untuk dirawat di sana. Berkaitan dengan hal-hal tersebut diatas diperlukan perhitungan unit cost pelayanan di Paviliun Cendana secara lebih cermat. Informasi biaya yang sesuai dengan perkembangan manajemen saat ini adalah metode *activity based costing system* (ABC system). Maka rumusan masalah adalah **berapakah biaya satuan setiap klas perawatan untuk menentukan tarif yang realistis dan efesien pada Paviliun Cendana RSUD.**

Dr. Moewardi Surakarta.

C. Tujuan Penelitian.

1. Tujuan umum

Melakukan suatu analisis biaya untuk menghitung biaya satuan guna menentukan tarif riil pelayanan rawat inap Paviliun Cendana yang direkomendasikan untuk waktu yang akan datang.

2. Tujuan khusus.

- a. Mendapatkan hasil identifikasi mengenai pusat biaya (*cost center*), pusat pendapatan (*revenue center*).
- b. Mendapatkan hasil analisis semua kegiatan yang memberi konsekuensi biaya.
- c. Melakukan identifikasi dan jumlah biaya dari semua kegiatan.
- d. Mendapatkan biaya satuan setiap kelas perawatan di Paviliun Cendana.
- e. Mendapatkan gambaran penerimaan dari Paviliun Cendana terhadap penerimaan total RSDMS.
- f. Menentukan titik impas Paviliun Cendana.
- g. Menilai kebijakan penentuan tarif di Paviliun Cendana dengan melakukan analisis sensitivitas dan simulasi tarip.
- h. Mengidentifikasi faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam penetapan tarif.

D. Ruang Lingkup Penelitian.

1. Lingkup Masalah

Dibatasi pada tujuan penelitian yang dilakukan di Paviliun Cendana RSDMS.

2. Lingkup Lokasi

Paviliun Cendana / IRNA 3 RSUD Dr Moewardi Surakarta.

3. Lingkup Keilmuan

Analisis biaya dan penentuan tarif termasuk dalam Administrasi Kebijakan Kesehatan dengan Kajian Ekonomi Pembiayaan Kesehatan.

4. Lingkup Sasaran.

Biaya rawat inap Paviliun Cendana dengan menggunakan data anggaran tahun 2001 (Januari – Desember 2001).

5. Lingkup Waktu.

Penelitian ini dilakukan mulai dari pembuatan proposal penelitian sampai ujian tesis mulai Januari sampai dengan Desember 2002.

6. Lingkup Materi.

Materi yang dibahas adalah tarif rawat inap Paviliun Cendana.

7. Lingkup Metode.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Activity Based Costing*.

E. Manfaat Penelitian.

1. Bagi RSUD. Dr. Moewardi Surakarta.

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan informasi penerapan metode ABC di bidang jasa pelayanan rumah sakit yang bermanfaat dalam perencanaan dan pengendalian biaya.

2. Bagi Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Diharapkan dapat digunakan sebagai bahan kajian awal untuk penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan perencanaan pelayanan kesehatan.

3. Bagi peneliti.

Diharapkan dapat memberikan informasi untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan memperluas pandangan terhadap ilmu yang telah diperoleh khususnya bidang Administrasi Kebijakan Kesehatan.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang penggunaan metode ABC dibidang jasa pelayanan rumah sakit yang sudah dilaksanakan adalah :

1. I Made Sudiarsana, melakukan penelitian di RSUD dr Sutomo Surabaya pada tahun 2001. Penelitian yang dilakukan membandingkan perhitungan biaya pasien pada unit kamar operasi antara metode konvensional dengan metode *activity based costing*. Metode konvensional adalah metode yang menggunakan perhitungan biaya tetap dan biaya variabel, perhitungan yang dilakukan hanya berdasar pada biaya produksi saja yaitu bahan baku dan tenaga kerja. Hasil dari penelitian didapatkan bahwa metode yang mempunyai distorsi lebih kecil adalah metode *activity based costing*.
2. Elkana Pandaya, melakukan penelitian di Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus pada tahun 2001. Penelitian yang dilakukan membandingkan perhitungan penentuan tarif rawat inap antara metode konvensional dengan metode *activity based costing* (ABC). Hasil yang didapat perhitungan dengan metode

konvensional kurang akurat, karena hanya menggunakan indikator hari perawatan saja, sedangkan pada kenyataannya perilaku biaya dipengaruhi oleh beberapa aktifitas.

3. Sri Endarini, melakukan perhitungan biaya pendidikan di RSUP Sarjito, dengan metode ABC. Penelitian yang dilakukan menghasilkan kesimpulan bahwa biaya pendidikan dokter dan dokter spesialis menyerap biaya yang cukup besar.

Perbedaan antara penelitian yang sudah tersebut diatas dengan penelitian yang akan dilaksanakan terletak pada obyek penelitian. Di RSDMS khususnya di Paviliun Cendana belum pernah dilaksanakan penelitian analisis biaya perawatan dengan menggunakan ABC *System*. Rumah sakit Mardi Rahayu Kudus adalah rumah sakit swasta type B sedangkan RSUD. Dr. Moewardi Surakarta adalah rumah sakit type B pendidikan sehingga pertimbangan penentuan tarif masing-masing rumah sakit berbeda. Perhitungan analisis biaya merupakan studi kasus sehingga berbeda untuk setiap rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pelayanan Kesehatan.

Pengertian pelayanan kesehatan banyak macamnya, menurut Levey dan Loomba (1973) yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat. Pelayanan kesehatan pada prinsipnya terbagi menjadi 2 bagian yaitu pelayanan kedokteran dan pelayanan kesehatan masyarakat.

Sesuai dengan yang tercantum dalam Undang-undang kesehatan nomor 23 tahun 1992 serta yang tercantum dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) terutama dalam uraian tentang Bentuk-bentuk SKN bab IV, maka pelayanan kedokteran dapat dibedakan menjadi 2 macam yaitu yang diselenggarakan pemerintah dan yang diselenggarakan oleh swasta. Penyelenggaraan oleh pemerintah adalah puskesmas sebagai pelayanan tingkat pertama dan rumah sakit sebagai pelayanan lanjutan, sedangkan pelayanan oleh swasta antara lain adalah praktek bidan, dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, rumah sakit swasta dan lain-lain.

B. Rumah Sakit.

1. Batasan

Batasan rumah sakit banyak macamnya. Beberapa diantaranya yang dianggap penting adalah:

- a. Rumah sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional, terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen dalam menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan berkesinambungan, diagnosa serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien (American Hospital Association, 1974).
- b. Rumah sakit adalah dimana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan berbagai tenaga profesi kesehatan lainnya diselenggarakan (Wolper dan Pena, 1987)
- c. Rumah Sakit adalah pusat dimana pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan serta penelitian kedokteran diselenggarakan (Association of Hospital Care, 1947)

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 582/Menkes/SK/VI/1997 batasan rumah sakit umum adalah: sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara merata dengan mengutamakan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dalam upaya peningkatan kesehatan

dan pencegahan penyakit dalam suatu tatanan rujukan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian.

2. Rumah sakit di Indonesia.

Sesuai peraturan perundangan yang berlaku, rumah sakit di Indonesia dapat dibedakan atas beberapa macam. Berdasarkan kepemilikan rumah sakit dapat dibedakan atas dua macam yakni:

a. Rumah Sakit pemerintah yang terdiri dari:

1) Rumah sakit pemerintah pusat yakni:

(a) Departemen Kesehatan, yaitu rumah sakit yang dikelola langsung oleh Departemen Kesehatan misalnya: RSCM Jakarta, RS Dr Karyadi Semarang, RS Tegalyoso Klaten dan lain-lain.

(b) Departemen lain: yaitu rumah sakit yang dikelola oleh Departemen selain Kesehatan yaitu Departemen Hankam, Pertamina dan Perhubungan.

2) Rumah sakit pemerintah daerah terdiri dari rumah sakit milik pemerintah provinsi dan milik kabupaten / kotamadya.

b. Rumah sakit swasta

Adalah rumah sakit yang dikelola oleh swasta dan dikelola secara komersial dengan orientasi mencari keuntungan (*profit*).

Ditinjau kemampuan yang dimiliki, rumah sakit di Indonesia dibedakan atas lima macam yakni:

a. Rumah Sakit Klas A

Adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan sub spesialis luas, ditetapkan sebagai tempat pelayanan rujukan tertinggi (*top referal hospital*) atau disebut pula sebagai Rumah Sakit Pusat.

b. Rumah Sakit Klas B

Adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis luas dan sub spesialis terbatas, direncanakan didirikan di setiap ibu kota propinsi (*provincial hospital*). Rumah Sakit pendidikan yang tidak termasuk klas A di klasifikasikan sebagai rumah sakit klas B.

c. Rumah Sakit Klas C

Adalah rumah sakit yang mempunyai 4 macam pelayanan spesialis dasar yaitu penyakit dalam, bedah, anak, kebidanan dan kandungan, direncanakan dibangun di setiap ibu kota kabupaten (*regency hospital*) yang mampu menampung pelayanan rujukan dari puskesmas.

d. Rumah Sakit Klas D

Adalah rumah sakit yang bersifat transisi akan menjadi klas C, kemampuan pelayanan yang dimiliki adalah kedokteran umum dan gigi, menampung rujukan dari puskesmas..

e. Rumah Sakit Klas E

Adalah rumah sakit khusus (*specialis hospital*) yang menyelenggarakan satu macam pelayanan kedokteran saja, misalnya rumah sakit jiwa, kusta,

paru, kanker dan lain-lain.

3. Pelayanan di rumah sakit

Menurut Wijono (1999) pelayanan di rumah sakit dikelompokkan menjadi 3 yaitu:

- a. Rawat jalan (*ambulatory*)
- b. Rawat inap.
- c. Rawat darurat.

Sedangkan klas perawatan di rumah sakit ditetapkan sebagai berikut :

- a. Klas III b
- b. Klas III a
- c. Klas II
- d. Klas I
- e. Klas Utama.

C. Pengertian dan klasifikasi biaya.

1. Pengertian

Pengertian biaya menurut Mardiasmo (1999) adalah penggunaan sumber-sumber ekonomi yang diukur dengan satuan uang, yang telah terjadi atau kemungkinan akan terjadi untuk obyek atau tujuan tertentu. Biaya dapat diklasifikasikan berdasarkan dapat atau tidaknya biaya tersebut diidentifikasi terhadap obyek biaya. Obyek yang dimaksud disini adalah produk, jasa, fasilitas dan lain-lain.klasifikasi.

2. Klasifikasi biaya.

Klasifikasi biaya menurut Hongren (1991) adalah sebagai berikut :

- a. Biaya variabel (*variabel cost*) adalah biaya yang totalnya akan berubah secara proposional dengan perubahan total kegiatan atau volume yang berkaitan dengan biaya variabel tersebut.
- b. Biaya tetap (*fixed cost*) adalah biaya yang jumlah totalnya sama selama periode waktu tertentu, meskipun terjadi perubahan besar pada total kegiatan / volume yang berkaitan dengan biaya tetap tersebut.

Menurut Hongren (1991) dalam suatu kegiatan produksi terdapat biaya yang merupakan unsur dari suatu harga pokok produksi. 3 unsur utama yang terdapat dalam biaya produksi adalah sebagai berikut :

- a. Biaya langsung yaitu semua biaya yang diidentifikasi dari barang jadi, dalam pelayanan rumah sakit biaya tersebut adalah misalnya biaya obat, biaya rontgen, biaya laboratorium,
- b. Biaya tenaga kerja langsung yaitu upah tenaga kerja yang langsung terkait dengan proses produksi dari awal hingga akhir barang jadi. Contohnya adalah jasa visite dokter, jasa operasi dokter.
- c. Biaya produksi tak langsung yaitu semua biaya yang tidak termasuk biaya langsung dan bukan pula biaya tenaga kerja langsung yang berkaitan dengan proses produksi. Biaya ini disebut biaya *overhead*. Contohnya adalah biaya laundry, house keeping, maintenance, dll.

Menurut Mardiasmo (1994) biaya dapat diklasifikasikan berdasarkan dapat atau tidaknya biaya tersebut diidentifikasi terhadap obyek biaya. Yang dimaksud dengan obyek biaya adalah produk, jasa, fasilitas, kegiatan atau departemen dari suatu organisasi. Klasifikasi tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Biaya langsung yaitu biaya-biaya yang manfaatnya secara langsung dapat diidentifikasi dengan obyek biaya tertentu. Biaya langsung suatu obyek belum tentu merupakan biaya langsung obyek lain. Contohnya adalah gaji dokter penanggung jawab departemen radiologi merupakan biaya langsung bagi departemen tersebut akan tetapi merupakan biaya tidak langsung bagi jasa yang dihasilkan oleh departemen tersebut.
- b. Biaya tidak langsung adalah biaya yang manfaatnya tidak dapat diidentifikasi secara langsung terhadap obyek tertentu. Contohnya adalah semua biaya departemen pembantu (service departemen) merupakan biaya tidak langsung dari departemen produksi atau pusat laba. Biaya : gedung, gaji pegawai, listrik, air, peralatan, medical record merupakan biaya tidak langsung bagi pelayanan rawat inap.

D. Analisis biaya rumah sakit.

Menurut Gani (1996) analisis biaya dilakukan dalam perencanaan kesehatan untuk menjawab pertanyaan berapa rupiah biaya satuan program atau proyek atau unit pelayanan kesehatan agar dapat dihitung total anggaran yang diperlukan untuk program atau pelayanan kesehatan. Analisis biaya menurut

team FKMUI (1997) adalah suatu kegiatan menghitung biaya rumah sakit untuk berbagai jenis pelayanan yang ditawarkan baik secara total maupun per unit per pasien dengan cara menghitung seluruh biaya pada seluruh unit atau pusat biaya serta mendistribusikan ke unit-unit yang kemudian dibayar oleh pasien. Tujuan dari analisis biaya adalah sebagai berikut :

1. Mendapatkan gambaran mengenai unit / bagian yang merupakan pusat biaya (*cost center*) serta pusat pendapatan (*revenue center*).
2. Mendapatkan gambaran tiap unit tersebut baik biaya tetap maupun biaya variabel.
3. Mendapatkan gambaran pendapatan rumah sakit baik yang bersumber dari pemerintah maupun retribusi.
4. Mendapatkan gambaran biaya satuan pelayanan rumah sakit.

Manfaat dari analisis biaya meliputi :

1. Sejalan dengan kebijakan otonomi daerah, kemampuan penetapan tarif berdasarkan biaya satuan dan kemampuan masyarakat merupakan bagian kemampuan dalam perencanaan penganggaran kesehatan yang perlu dimiliki oleh aparat rumah sakit.
2. Analisis biaya rumah sakit merupakan proses sistematis yang menghasilkan informasi biaya satuan yang penting untuk penyesuaian perda tarif rumah sakit menurut jenis pelayanan dan kelas perawatan.
3. Analisis biaya rumah sakit merupakan proses sistematis yang menghasilkan informasi menetapkan kebijakan subsidi silang dan meningkatkan pemerataan.

Menurut Gani (1997) hasil yang diharapkan dari analisis biaya adalah sebagai berikut :

1. Informasi untuk kebijakan tarif dan subsidi.
2. Dasar pertimbangan dalam negosiasi dengan pihak-pihak yang akan mengadakan kontrak menggunakan jasa rumah sakit.
3. Informasi untuk kebijakan pengendalian biaya.
4. Pertanggung jawaban tentang efektifitas biaya pada *stake holder*.
5. Dasar untuk perencanaan anggaran mendatang.

Biaya yang ada di rumah sakit menurut Hongren (1991) dapat diklasifikasikan menjadi 2 yaitu :

1. Departemen pusat laba (*revenue center*), biaya ini juga mempunyai biaya yang tidak dapat ditelusuri secara langsung dari jasa yang dihasilkan. Misalnya penggunaan bahan kimia pencucian film di instalasi radiologi. Contoh dari departemen pusat laba adalah rawat jalan, rawat inap, laboratorium, kamar operasi, gawat darurat, laboratorium, radiologi dan lain-lain.
2. Departemen pusat biaya (*cost center*), dianggap sebagai departemen pembantu. Biaya yang ditimbulkan dikategorikan sebagai biaya tidak langsung bagi *cost center*, karena tidak dapat diidentifikasi secara langsung terhadap jasa perawatan yang dihasilkan di rumah sakit. Contoh biaya ini adalah biaya manajemen, laundry, makanan, medical record dan lain-lain.

Menurut Barnum (1993) pada prinsipnya *cost center* ada 3 kategori yaitu :

1. *Over head* yaitu biaya yang hanya dikonsumsi oleh departemen lain dalam rumah sakit bukan oleh pasien misalnya alat tulis kantor, pemeliharaan, kebersihan.
2. *Intermediate* yaitu biaya yang dikonsumsi oleh departemen lain dan pasien secara langsung misalnya laboratorium, x-ray, kamar operasi, phisiotherapy.
3. *Langsung* yaitu biaya yang dikonsumsi langsung oleh pasien bukan oleh departemen di rumah sakit misalnya pelayanan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat.

E. Analisis penerapan tarip rumah sakit.

Menurut Djoko Wiyono (1999) analisis penerapan rumah sakit adalah sebagai berikut :

1. Batasan

Pengertian tarip tidak sama dengan harga sekalipun keduanya menunjukkan pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh konsumen, tetapi pengertiannya lebih terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh jasa pelayanan. Sedangkan pengertian harga lebih terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh barang.

2. Faktor yang diperhitungkan dalam penetapan tarip.

Menurut Gani (1993) tarip rumah sakit di Indonesia sangat rendah. Bahkan tarif tersebut lebih rendah dari biaya satuan operasional dan pemeliharaan (biaya satuan tanpa biaya investasi). Tarip rendah tersebut juga terdapat pada beberapa rumah sakit swasta yang taripnya ditentukan melalui peraturan daerah (Perda) dimana rumah sakit itu berada. Penentuan tarip pelayanan rumah sakit adalah hal yang sangat kompleks disebabkan banyaknya variabel atau faktor yang perlu dipertimbangkan, sehingga sulit ditemukan suatu rumus praktis untuk menghitungnya. Bahkan dalam derajat tertentu penentuan tarip rumah sakit juga menggunakan cara "*trial and error*".

Faktor yang diperhitungkan dalam penentuan tarip menurut Gani (1993) adalah sebagai berikut :

- a. Produk pelayanan kesehatan dalam suatu rumah sakit sangat beragam. Hal ini menyebabkan beragamnya biaya satuan untuk masing-masing jenis pelayanan.
- b. Rumah sakit mempunyai tujuan sosial dan ekonomi, perkembangan teknologi menyebabkan rumah sakit lebih cermat dalam perhitungan ekonomi. Paduan dua tujuan adalah pelaksanaan subsidi silang, yaitu profit dari klas VIP dan I digunakan untuk membiayai klas III.
- c. Biaya satuan (unit cost) setiap pelayanan yang dihasilkan. Perhitungan biaya satuan ini belum banyak dilaksanakan, selain disebabkan metode

yang kompleks data yang diperlukan tidak tersedia karena sistem informasi tidak dirancang untuk tujuan tersebut.

- d. Tingkat utilisasi pelayanan. BOR yang rendah akan semakin buruk jika dilakukan kenaikan tarip, sedang pada BOR yang tinggi tidak akan berpengaruh banyak sejauh kenaikan tersebut masih dalam batas “kemauan dan kemampuan” pasien.
- e. Kemauan dan kemampuan membayar penduduk yang biasa disebut “*Ability to pay*” (ATP) dan “*Willingnes to pay*”(WTP). Tarip yang di bawah ATP dan WTP menyebabkan adanya “*consumer surplus*”.
- f. Khusus untuk rumah sakit pemerintah, penentuan tarip juga harus mempertimbangkan sejauh mana pemerintah mampu memberikan subsidi kepada masyarakat. Kalau kemampuan subsidi terbatas, pemerintah bisa memberlakukan tarip tinggi untuk klas VIP, I,II dan membatasi pemberian subsidi untuk pelayanan klas III.
- g. Besarnya surplus penerimaan yang direncanakan dan jangka waktu berapa lama *pay back period* (pengembalian modal usaha) yang diinginkan.
- h. Tarip dan mutu pelayanan pihak pesaing. Mutu yang dimaksud disini berarti luas termasuk aksestabilitas pelayanan tersebut dari segi transportasi.

Penentuan harga (pricing) suatu hasil produksi menurut Horgen (1991) adalah hal yang sangat penting karena penentuan yang terlalu tinggi atau

terlalu rendah akan menyebabkan kerugian, ada 3 hal yang mempengaruhi penetapan harga suatu produk adalah sebagai berikut :

1) Pelanggan

Manajer harus mengkaji masalah penetapan harga dari sudut pelanggan. Pelanggan mungkin akan menolak produk / jasa dan memilih pengganti (substitute) dengan biaya yang lebih efektif.

2) Pesaing

Ada atau tidaknya reaksi pesaing akan mempengaruhi keputusan penetapan harga. Dalam meramalkan reaksi pesaing analisis biaya pesaing akan sangat berguna.

3) Biaya

Harga maksimum yang ditetapkan adalah harga yang tidak akan membuat pelanggan lari. Bentuk penetapan harga berdasarkan biaya dapat digunakan sebagai pegangan pengambilan keputusan adalah sebagai berikut :

- a) Biaya produksi variabel + margin (laba).
- b) Total biaya variabel + margin.
- c) Total biaya produksi + margin.
- d) Total biaya + margin.

Komponen margin dapat berupa prosentase atau rupiah.

F. Kemandirian pelayanan kesehatan

1. Batasan.

Menurut Gani (1993) kemandirian (*self reliance*) dalam konteks pelayanan kesehatan mengandung arti berlangsungnya kegiatan upaya kesehatan di suatu wilayah dengan sumber daya yang tersedia di wilayah tersebut, yaitu sumber daya manusia, dana, sarana dan teknologi. Kemandirian tersebut ditunjukkan dengan adanya peran serta masyarakat dalam perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengendalian upaya kesehatan dengan cara memanfaatkan sumber daya setempat ataupun sumber daya dari berbagai sumber.

2. *Cost recovery*.

Ukuran yang lazim digunakan untuk menilai tingkat kemandirian pembiayaan upaya pelayanan kesehatan adalah *cost recovery*, yaitu perbandingan antara kontribusi biaya oleh pengguna pelayanan kesehatan dengan biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan tersebut. Tingkat *cost recovery* bisa diukur dalam 2 bentuk yaitu :

- a. Total *cost recovery* adalah perbandingan antara pendapatan dari penggunaan pelayanan kesehatan dengan biaya total yang digunakan. Kalau total pendapatan adalah *total revenue* (TR) dan biaya total adalah *total cost* (TC), maka *cost recovery* adalah TR/TC yang dinyatakan dalam %. *Cost recovery* secara absolut juga bisa dinyatakan sebagai selisih antara pendapatan dengan biaya yang hasilnya bisa surplus, defisit

atau subsidi. Yang termasuk dalam biaya total adalah semua komponen biaya. Tingkat *cost recovery* dapat dinyatakan dalam 2 jenjang yaitu:

- 1) *Cost recovery* untuk biaya total.
- 2) *Cost recovery* untuk biaya operasional saja

- b. Unit *cost recovery* adalah perbandingan antara tarip ($P = \text{price}$) pelayanan kesehatan dengan biaya satuan ($UC = \text{Unit Cost}$), yang bisa dinyatakan dengan rumus P/UC dalam persentase:

G. Kebijakan subsidi silang

Menurut Fuchs (1986) penduduk di beberapa negara mempunyai rasa tanggung jawab terhadap kebutuhan perawatan kesehatan masyarakat yang tidak mampu. Di negara sedang berkembang hal ini identik dengan asuransi kesehatan nasional. Kebijakan subsidi silang yang ada di rumah sakit adalah sebagai berikut :

1. Menarik biaya yang lebih rendah dari biaya satuan atau bahkan gratis terhadap kalangan yang tidak mampu.
2. Menarik biaya yang lebih tinggi dari biaya satuan untuk kalangan mampu.
3. Pemakaian alat yang tinggi frekuensinya mensubsidi penggunaan alat yang jarang digunakan.

H. Biaya Penyusutan (depreciation cost)

Biaya penyusutan adalah biaya yang timbul akibat terjadinya pengurangan nilai barang investasi (asset) akibat penggunaan dalam proses produksi. Suatu barang

yang dipakai dalam proses produksi akan mengalami penyusutan karena usang atau kerusakan fisik. Dalam analisis biaya konsep penyusutan penting diketahui terutama dalam upaya menyebar biaya investasi pada beberapa satuan waktu. Satuan waktu yang lazim digunakan adalah satu tahun. Ada beberapa metode dalam perhitungannya antara lain adalah :

1. Garis lurus, yaitu perhitungan dengan cara jumlah yang sama dikurangi setiap tahun. Cara menghitung nilai barang dibagi dengan masa hidup.
2. Saldo menurun, yaitu perhitungan nilai barang menurun setiap tahun.
3. Angka tahun, yaitu perhitungan dengan memperhitungkan laju inflasi, masa pakai dan masa hidup investasi yang bersangkutan. Rumus perhitungannya adalah sebagai berikut :

$$AIC = \frac{IIC}{L} (1 + I)^t$$

L

AIC = Annualized Investment Cost

IIC = Ininitialized investment Cost

L = Masa hidup barang

t = Masa pakai

I = Laju inflasi

Menurut Weston (1990) dari beberapa metode tersebut di atas metode yang umum digunakan dalam dunia usaha adalah metode garis lurus.

I. Titik Impas (Break Even Point).

Titik impas adalah suatu keadaan usaha yang tidak memperoleh laba dan tidak menderita rugi. Dengan kata lain, suatu usaha dikatakan impas jika jumlah pendapatan (*revenue*) sama dengan jumlah biaya, atau apabila laba kontribusi hanya dapat digunakan untuk menutup biaya tetap saja. Analisis impas adalah suatu cara untuk mengetahui volume penjualan minimum agar suatu usaha tidak menderita rugi, tetapi juga belum memperoleh laba. Ada 2 macam cara untuk menentukan titik impas yaitu pendekatan titik persamaan dan pendekatan grafis. Penentuan titik impas dengan teknis persamaan dilakukan dengan mendasarkan pada persamaan pendapatan sama dengan biaya ditambah laba. Sedangkan penentuan titik impas dengan grafis dilakukan dengan cara mencari titik potong antara garis pendapatan penjualan dan garis biaya dalam suatu grafik yang disebut grafik impas.

J. *Cost containment* dalam pelayanan kesehatan.

Tingginya biaya pelayanan kesehatan ternyata sering tidak terkait dengan mutu pelayanan kesehatan. status kesehatan suatu bangsa ternyata secara langsung dipengaruhi oleh tingginya biaya kesehatan. Tingginya peningkatan biaya pelayanan kesehatan mendorong upaya pengendalian biaya (*cost containment*). Hal ini mendasari timbulnya pemikiran asuransi kesehatan (Sulastomo, 2000). Menurut Berman (1986), *cost containment* bertujuan untuk memelihara dan melindungi kesehatan pelanggan. Usaha yang dilakukan antara lain adalah sebagai berikut :

1. Memastikan tarif biaya pelayanan kesehatan.
2. Menurunkan angka long of stay (LOS) pasien rawat inap.
3. Mengadopsi sistem DRG / reimbursement untuk semua pasien rawat inap.
4. Mengajukan dilakukan second opinion untuk semua pasien bedah yang tidak memerlukan pertolongan gawat darurat.
5. Dilakukan prosedur pre-admission untuk pasien non gawat darurat.
6. Mengadakan program pendidikan kesehatan dan pemeliharaan kesehatan.
7. Meningkatkan pelayanan pasien rawat jalan.
8. Membentuk suatu pusat pelayanan bedah sehari (tanpa menginap).
9. Mengadakan pelayanan kesehatan di rumah (home service).
10. Membentuk suatu tempat pelayanan khusus untuk pasien tahap terminal.
11. Meningkatkan promosi kesehatan untuk pasien sesudah kelahiran normal.

K. Metode analisis biaya rumah sakit.

Menurut Mulyadi (1993) metode analisis biaya pada prinsipnya ada 2 metode yaitu :

1. **Metode konvensional**, yaitu suatu metode penentuan harga pokok yang dirancang berdasarkan teknologi manufaktur masa lalu. Biaya yang digunakan dibagi dalam variabel-variabel produksi, metode ini biasanya disebut *full costing* dan *variabel costing*. Titik berat penentuan harga metode ini hanya pada fase produksi saja. Contoh metode analisis biaya rumah sakit yang menggunakan metode ini adalah *direct apportionment (simple*

distribution), *simple down method*, *double distribution method*, *multiple distribution* (cara aljabar).

2. **Metode *activity based costing* (ABC Costing)** yaitu suatu metode penentuan harga pokok (*product costing*) yang ditujukan untuk menyajikan informasi harga pokok produk secara cermat. Penghitungan ini mengukur secara cermat konsumsi sumber daya dalam setiap aktivitas yang digunakan untuk menghasilkan produk. Perbedaan antara metode konvensional dengan metode ABC costing dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.1. Beda antara Conventional Costing Method dengan Activity- Based Costing Metod

	Conventional Costing Method	Activity-Based Costing Method
Tujuan	Inventory evaluation	Product costing
Lingkup	Tahap produksi	Tahap design Tahap produksi Tahap dukungan logistik
Fokus	Biaya bahan baku Biaya tenaga kerja langsung	Biaya over head
Periode	Periode akuntansi	Daur hidup produk
Unsur biaya	Biaya variabel Biaya tetap	Unit level activity cost Batch related activity cost Product sustaining activity cost Facility sustaining activity cost
Teknologi informasi yang digunakan	Metode manual	Komputer Telekomunikasi

Sumber : Mulyadi, 1993

Metode konvensional sesungguhnya merupakan metode penentuan harga pokok persediaan (*inventory costing*), karena tujuan utama adalah untuk melakukan penilaian persediaan (*inventory evaluation*) yang dicantumkan dalam neraca

dan perhitungan rugi-laba bagi pihak luar perusahaan. Karena ditujukan untuk memenuhi kepentingan pihak luar, fokus biaya yang ada adalah fase produksi saja. Aktivitas yang dimasukkan dalam metode ini hanya jumlah produk yang dihasilkan.

Activity based costing pada dasarnya merupakan metode penentuan harga pokok produk (*product costing*) yang ditujukan untuk menyajikan informasi harga pokok produk secara cermat bagi kepentingan manajemen. Hal tersebut didapat dengan cara mengukur secara cermat konsumsi sumber daya dalam setiap aktivitas yang digunakan untuk menghasilkan produk. Dengan pendekatan ABC ini aktivitas yang digunakan adalah *facility sustaining*, *batch-related*, *product-sustaining* dan *facility sustaining*.

L. Activity Based Costing (ABC-Costing).

Metode ini merupakan metode terbaik untuk analisis biaya yang ada, walaupun pelaksanaannya tidak semudah metode konvensional karena belum semua rumah sakit memiliki sistem akuntansi dan keuangan yang terkomputerisasi.

1. Pengertian Activity Based Costing

Para ahli manajemen biaya menurut Amin Widjaya Tunggal (1995) memberikan pendapat tentang definisi activity based costing sebagai berikut:

a. Menurut I Gayle Rayburn

Activity Based Cost System adalah sistem yang dalam pelaksanaan

aktivitas akan menimbulkan konsumsi sumber daya yang dicatat sebagai biaya. Kalkulasi biaya berbasis transaksi adalah nama lain *Activity Based Cost System*. Tujuan *Activity Based Cost System* adalah mengalokasikan biaya transaksi dari aktivitas yang dilaksanakan dalam suatu organisasi dan kemudian mengalokasikan biaya tersebut secara tepat ke produk sesuai dengan pemakaian aktivitas produk.

- b. Menurut J. Morse, James.R, Davis dan A.L Hargraves.

Activity Based Cost System adalah pengalokasian kembali biaya ke obyek dengan dasar aktivitas yang menyebabkan biaya ke obyek dengan dasar aktivitas yang menyebabkan biaya ABC system berdasarkan premis dasar/ pemikiran bahwa aktivitas menyebabkan biaya dan biaya aktivitas harus dialokasikan ke obyek biaya dengan dasar aktivitas tersebut dikonsumsi. ABC Sistem menelusuri biaya ke produk dengan dasar aktivitas yang digunakan untuk menghasilkan produk tersebut.

- c. Menurut Ray H. Garrison.

Activity Based Cost System adalah suatu metode kalkulasi biaya yang menciptakan suatu kelompok biaya untuk setiap kejadian/transaksi (aktivitas) dalam suatu organisasi berlaku sebagai pemacu biaya. Biaya overhead kemudian dialokasikan ke produk dan jasa dengan dasar jumlah dari kejadian atau transaksi tersebut yang produk dan jasa hasilkan.

- d. Menurut T. Horngren, George Foster dan Srikant Datar.

Activity Based Cost System adalah suatu pendekatan kalkulasi biaya yang memfokuskan pada aktivitas sebagai obyek yang fundamental. ABC System yang menggunakan biaya dari aktivitas tersebut sebagai dasar untuk mengalokasikan biaya ke obyek yang lain seperti produk, jasa dan pelanggan.

- e. Menurut Don R. Hansen dan Maryamne M. Mowen .

Activity Based Cost System adalah suatu sistem akumulasi biaya yang pertama kali menelusuri biaya ke aktivitas dan kemudian ke produk.

- f. Menurut Jane K. Anderson dan Harold M. Solleberger.

Activity Based Cost System adalah suatu system akuntansi yang memfokuskan pada aktivitas yang dilakukan untuk memproduksi produk. Aktivitas ini menjadi titik akumulasi biaya yang fundamental. Biaya ditelusuri ke aktivitas dan aktivitas ditelusuri ke produk berdasarkan pemakaian aktivitas dari setiap produk.

- g. Menurut Les Haeiger, Pekin Ogan dan Serge Matulich.

Activity Based Cost System adalah proses mengidentifikasi sumber/penyebab biaya dalam manufacturing atau aktivitas usaha lain. Sumber biaya ini dinamakan pemacu/pemadu/penyebab biaya, digunakan sebagai dasar untuk mengidentifikasi dan mengalokasikan biaya ke aktivitas dan akhirnya ke produk yang mengkonsumsi aktivitas ini.

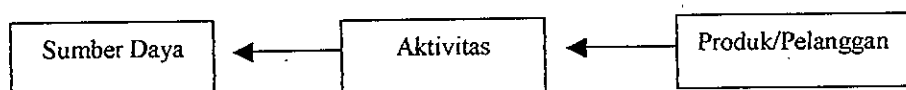
ABC system lebih memfokuskan pada biaya, kualitas dan factor waktu berbeda dengan. Sistem tradisional yang memfokuskan pada kinerja keuangan

jangka pendek seperti laba dengan cukup akurat sehingga apabila sistem tradisional yang digunakan untuk penetapan harga dan untuk mengidentifikasi produk yang menguntungkan, angka-angkanya dapat diandalkan atau dipercaya.

2. Konsep dasar Activity Based Costing.

Activity Based Cost System (ABC System) merupakan salah satu wujud pelepasan akuntansi manajemen dari dominasi akuntansi keuangan. Sistem ini dirancang atas dasar landasan pikiran bahwa produk memerlukan aktivitas dan aktivitas mengkonsumsi sumber daya. Sistem ini mengidentifikasi biaya aktivitas dan kemudian menelusuri aktivitas ini ke suatu produk khusus pelanggan yang menimbulkan aktivitas. Biaya *overhead* yang timbul ditelusuri ke produk bahan disebar secara *arbitrer* atau perkiraan terhadap semua produk seperti System Biaya Konvensional. ABC System dapat digambarkan secara sederhana dalam gambar 2.1.

Gambar 2.1. Konsep dasar ABC System.



(Robbyn Cooper dan Robert S. Kaplan (1991:269))

Terdapat dua asumsi penting yang mendasari ABC system menurut Cooper (1991) yaitu:

a. Kegiatan menimbulkan biaya:

ABC Sistem dimulai dengan anggapan bahwa sumber daya tidak langsung tidak sekedar menyebabkan timbulnya biaya yang harus dialokasikan , tetapi juga menyediakan kemampuan untuk melaksanakan kegiatan.

- b. Produk dan pelanggan menyebabkan timbulnya permintaan atas kegiatan. Dalam membuka produk diperlukan berbagai kegiatan dan setiap kegiatan memerlukan sumber daya untuk pelaksanaan kegiatan tersebut.

Asumsi diatas menurut Cooper (1991) mendasari penerapan proses dua tahap dalam ABC system yaitu :

- a. Tahap Pertama, menentukan beban sumber sumber daya pendukung kedalam aktivitas yang dilaksanakan oleh sumber daya tersebut.
- b. Tahap kedua, produk dan pelanggan menimbulkan aktivitas, biaya aktivitas suatu produk dapat dihubungkan secara langsung dengan satu produk atau komponen penyusun produk tersebut.

Produk secara individual atau bersamaan untuk masing-masing aktivitas proses dua tahap merupakan suatu proses dimana beban-beban departemen pendukung ditentukan kedalam aktivitas-aktivitas yang dijalankan (set up mesin, pendukung tenaga kerja dan mengadministrasikan suku cadang). Beban-beban untuk setiap aktivitas kemudian ditentukan keproduk berdasarkan banyaknya permintaan produk pada aktivitas-aktivitas (misalnya: banyaknya set up, jam tenaga kerja langsung dan banyaknya suku cadang dalam produk)

3. Klasifikasi Aktivitas.

Dalam merancang Sistem ABC, sumber daya yang digunakan untuk melaksanakan aktivitas produksi dan penjualan akan menimbulkan biaya. Menurut Mulyadi (1993) biaya-biaya ini dapat diklasifikasi dalam empat kelompok yaitu :

- a. *Unit Level Activity Cost*: Biaya ini dipengaruhi oleh besar kecilnya jumlah unit produk yang dihasilkan. Biaya bahan baku, biaya tenaga kerja langsung, biaya energi dan biaya angkutan adalah contoh yang termasuk golongan ini. Biaya ini dibebankan pada produk atau jasa berdasarkan jumlah unit produk yang dihasilkan.
- b. *Batch Related Activity Cost*: Biaya ini berhubungan dengan jumlah batch produk yang diproduksi. Besar kecilnya biaya ini tergantung dari frekuensi order produksi yang diolah oleh fungsi produksi. Biaya ini tidak dipengaruhi oleh jumlah unit produk yang diproduksi oleh setiap order produksi contoh: *set up cost*, biaya angkutan bahan baku dalam pabrik, biaya inspeksi, biaya order produksi.
- c. *Product Sustaining Activity Cost* : Biaya ini berhubungan dengan penelitian dan pengembangan produk tertentu dan biaya-biaya ini untuk mempertahankan produk agar tetap dipasarkan. Biaya ini dibebankan kepada produk berdasarkan taksiran jumlah unit produk tertentu yang akan dihasilkan selama umur produk tersebut (*product live cycle*) contoh: biaya desain produk, desain proses pengolahan produk dan pengujian produk.

- d. *Facility Sustaining Activity Cost*: Biaya ini berhubungan dengan kegiatan untuk mempertahankan kapasitas yang dimiliki oleh perusahaan. Biaya ini dibebankan kepada produk atas dasar taksiran unit produk yang dihasilkan pada kapasitas normal divisi penjual contoh: biaya depresiasi dan amortisasi, biaya konsumsi.

4. Pemilihan Cost Driver.

Keakuratan metode *Activity Based Costing* yang mengungguli sistem biaya konvensional dalam menghitung biaya produk disebabkan oleh adanya penggunaan cost driver yaitu suatu faktor yang menyebabkan konsumsi sumber daya oleh aktivitas atau produk. Metode *Activity Based Costing* menggunakan lebih banyak *cost driver* untuk menelusuri biaya aktivitas produksi dalam suatu proses produk yang menyerap sumber daya yang digunakan dalam aktivitas yang bersangkutan.

Tugas utama dalam merancang ABC system adalah memutuskan jumlah cost driver yang dibutuhkan system dan menyeleksi *cost driver* tersebut dari alternatif-alternatif yang ada. Menurut Cooper (1991) dalam memilih *cost driver* untuk mengimplementasikan ABC system maka terdapat faktor-faktor yang harus dipertimbangkan yaitu:

- a. Biaya pengukuran *cost driver* (*cost measurement*)

Semakin rendah biaya maka semakin besar kemungkinan *cost driver* itu dipilih.

- b. Korelasi antara cost driver yang dipilih dengan konsumsi aktual aktivitas (*degree of correlation*). Semakin tinggi korelasi maka semakin besar kemungkinan *cost driver* itu digunakan.
- c. Perilaku yang disebabkan oleh penggunaan *cost driver* (*behaviour effects*)
Semakin disukai perilaku yang ditimbulkan dengan menggunakan *cost driver* itu maka semakin besar kemungkinan *cost driver* itu dipilih.

Sedangkan faktor-faktor yang harus dipertimbangkan dalam penggunaan *multiple cost driver* menurut Cooper (1991) adalah:

- a. Tingkat keakuratan yang diharapkan dari biaya produk yang dilaporkan.
Semakin tinggi tingkat keakuratan yang diharapkan maka semakin banyak *cost driver* yang dibutuhkan .
- b. Tingkat keanekaragaman produk.
Semakin besar tingkat keanekaragaman maka semakin besar *cost driver* yang dibutuhkan.
- c. Biaya relatife aktivitas yang berbeda.
Semakin besar jumlah aktivitas yang mewakili proporsi yang signifikan dari total biaya produk maka semakin banyak *cost driver* yang dibutuhkan.
- d. Tingkat keanekaragaman volume.
Semakin besar lingkup ukuran batch maka semakin banyak *cost driver* yang dibutuhkan
- e. Penggunaan *cost driver* yang berkaitan secara tidak sempurna.

Semakin rendah korelasi . cost driver dengan konsumsi aktual suatu aktivitas maka semakin banyak cost driver yang dibutuhkan..

5. Dasar Penetapan Cost Driver.

Mengestimasi besarnya biaya untuk setiap aktivitas dengan menetapkan dasar pembebanan biaya pada tahap kedua dari ABC system, menurut Cooper (1991) dikenal adanya 3 metode yaitu :

a. Metode cost driver system

Metode ini merupakan metode yang paling sederhana dimana semua pengeluaran yang berkaitan dengan aktivitas dijumlahkan kemudian dibagi dengan banyaknya aktivitas yang digunakan. Perhitungan tersebut digunakan untuk memperoleh per unit aktivitas yang akan dibebankan ke suatu produk tertentu. Kesederhanaan pendekatan ini menimbulkan terjadinya *undercosted* dan *overcosted* apabila lama waktu dari pelaksanaan aktivitas tidak sama, karena semakin lama suatu aktivitas dilaksanakan maka semakin besar pula sumber daya yang diserap oleh aktivitas tersebut.

b. Metode Duration Driver system.

Metode ini mengalokasikan biaya aktivitas yang dikumpulkan dengan cara menghitung waktu yang diperlukan untuk pelaksanaan suatu aktivitas. Dengan metode ini maka informasi yang dibutuhkan akan makin kompleks. Sehingga keuntungan dari penggunaan metode ini makin

seimbang dengan besarnya biaya yang dikeluarkan dalam pelaksanaan system ini.

c. Metode Intensity/Direct Charge Driver System.

Metode ini mengukur secara langsung sumber daya yang diperlukan untuk setiap dilakukannya aktivitas. Misalnya suatu aktivitas yang sulit membutuhkan supervisi khusus dalam pelaksanaan biaya dari supervisi khusus ini akan langsung dibebankan kepada produk tertentu tersebut. Metode ini memberikan hasil akurat tetapi dengan mahalnnya biaya yang dibutuhkan dalam instalasinya, maka metode ini hanya cocok bagi perusahaan yang memproduksi berbagai macam produk dengan tingkat kompleksitas yang tinggi.

M. Activity Based Costing dalam Konteks Industri Jasa.

1. Karakteristik perusahaan jasa .

Akutansi biaya konvensional secara nyata telah diabaikan industri jasa dan hanya menekan pada industri manufaktur. Sekarang pendekatan konvensional tersebut tidak akan berjalan dengan baik karena telah terjadi peningkatan pesat dalam industri jasa dimana para manajer harus mampu untuk menelusuri biaya pada jasa yang diberikan dengan tepat sebagai mereka melakukannya pada harga pokok produk manufaktur menurut Domn Hansen dan M Mowen (1994) terdapat beberapa karkateristik tersebut akan

mempengaruhi tipe informasi yang diperlukan untuk merencanakan, pengendalian dan pengambilan keputusan manajemen. yaitu:

a. *Intangibility.*

Yang menunjukkan bahwa karakteristik tidak dapat diraba. Hal ini berarti bahwa jasa tidak akan dapat disimpan seperti halnya produk dan sulit untuk dilindungi melalui hak paten serta sulit untuk dipamerkan sebagai halnya produk. Hal ini akan menimbulkan pada sistem manajemen biaya pada perusahaan jasa yaitu tidak terdapat persediaan seperti halnya pada perusahaan manufaktur.

b. *Heterogenity.*

Yaitu ketidak seragaman pada tenaga kerja pada perusahaan manufaktur terdapat asumsi bahwa tiap tenaga kerja langsung identik dengan tenaga kerja langsung lainnya, dimana dalam hal ini faktor pendidikan personal dan ketrampilan dianggap sama. Pada perusahaan jasa, tenaga kerja yang satu tidak bisa diidentikan dengan tenaga kerja lainnya. Peranan tenaga kerja sangat menentukan karena jasa disediakan oleh tenaga kerja tersebut sehingga banyaknya perusahaan jasa disediakan oleh tenaga kerja tersebut sehingga banyak perusahaan jasa yang sangat tergantung pada sumber daya manusia. Contohnya: Perusahaan asuransi, dimana penarikan calon klien tergantung dari ketrampilan tenaga kerja untuk menarik calon klien menjadi klien perusahaan asuransi tersebut. Disamping terdapat perbedaan antar tenaga kerja yang satu dengan lainnya terdapat beberapa

aspek lainnya yang mengakibatkan ketidak seragaman ini yaitu tiap tenaga kerja tidak akan sama dari hari ke hari. Mereka dapat dipengaruhi oleh pekerjaan yang dilakukannya, hubungan dengan rekan sekerjanya, tingkat pendidikan, pengalaman faktor pribadi lainnya. Faktor-faktor inilah yang membuat penyediaan jasa pada mutu yang konsisten menjadi sulit. Dampaknya pada sistem manajemen biaya oleh perusahaan jasa diperlukan pengukuran produktivitas secara terus menerus atas sumber daya manusianya dan manajemen mutu secara total (*total quality management*) sangat diperlukan.

c. *Inseparability.*

Yang berarti antara jasa yang diberikan oleh konsumen tidak terpisahkan. Dalam penyediaan jasa, konsumen akan dilibatkan dalam produksinya sehingga produksi jasa secara masal adalah sulit contohnya bila sebuah hotel yang menjual jasa pada seorang konsumen maka keluarnya konsumen tersebut dari hotel akan mempengaruhi jumlah dan kualitas jasa yang diberikannya sebagai akibatnya perusahaan jasa sering kali perlu membelanjakan dana pada beberapa sumber daya yang biasanya tidak begitu penting misalnya : Konsumen biasanya menilai mutu perusahaan jasa dari harga dan fasilitas fisik lainnya sehingga perusahaan akan cenderung membelanjakan dana yang lebih besar pada tempat bisnisnya untuk membuat kelihatan lebih menarik. Dampaknya pada sistem manajemen biaya adalah diperlukan sistem yang dapat meningkatkan

Kualitas secara konsisten dan biaya-biaya yang dikeluarkan oleh perusahaan jasa cenderung berhubungan dengan tipe konsumennya.

d. Perishability

Karakter ini menunjukkan daya tahan dari jasa yang telah diberikan. Jasa dikatakan perishability jika terdapat frekuensi jangka pendek jasa itu diberikan sebelum muncul kebutuhan lagi akan jasa tersebut. Contohnya: jasa pemotongan rambut dikatakan perishable karena setelah jangka waktu tertentu itu dibutuhkan lagi sedangkan jasa operasi plastik tidak perishable karena dari hasil jasa tersebut bersifat permanen. Karakter ini juga menunjukkan bahwa terdapat jasa-jasa yang sering dimintakan ulang oleh konsumen. Dampak karakter ini pada sistem manajemen biaya adalah tidak terdapat persediaan pada persediaan jasa serta sangat dibutuhkan sistem yang memiliki standart untuk menangani konsumen yang melakukan pembelian ulang. Karena itu, perusahaan jasa seperti halnya perusahaan manufaktur juga memerlukan informasi yang akurat, relevan dan tepat waktu.

2. Penerapan *Activity Based Costing* dalam industri jasa

Penerapan *Activity Based Costing system* pada perusahaan jasa pada prinsipnya tidak berbeda dengan penerapan ABC system pada perusahaan manufaktur. Perbedaan mendasar adalah bahwa perusahaan jasa lebih menekankan efisiensi dan aktivitas dalam cost of service bukan cost of product seperti pada perusahaan manufaktur. Aktivitas-aktivitas dalam

perusahaan manufaktur cenderung sama jenisnya dan dilaksanakan dengan cara yang sama sedangkan aktivitas maupun proses kerja dalam perusahaan jasa cenderung berbeda contohnya: proses kerja dalam sebuah bank dan sebuah rumah sakit. Pada perusahaan manufaktur definisi dari *put* sangat jelas sedangkan definisi *out put* pada perusahaan lebih sulit. Permasalahannya yang timbul dalam penerapan ABC system pada perusahaan disebabkan karena perusahaan jasa menghasilkan produk yang tidak terwujud dan bervariasi sehingga menimbulkan kesulitan dalam menentukan biaya aktivitas tersebut harus tetap dilakukan untuk menemukan biaya sebenarnya. ABC system pada perusahaan jasa pada dasarnya merupakan tindakan untuk mengelola aktivitas yang berhubungan dengan jasa. Manajemen aktivitas ini berdasarkan asumsi bahwa proses aktivitas atau usaha untuk mengkonsumsi sumber daya karena itu *service costing* ditentukan dengan penelusuran secara lebih spesifik pada masing-masing biaya yang terlibat dalam setiap departemen. Biaya jasa dihitung dengan menelusuri semua aktivitas yang berhubungan langsung dengan jasa berdasarkan pemakaian tiap aktivitas. Biaya jasa merupakan penjualan semua biaya –biaya dari aktivitas yang ditelusuri terhadap desain, produk dan didistribusi jasa, aktivitas-aktivitas tersebut mewakili kemampuan atau kapabilitas suatu perusahaan jasa. Produk dari suatu perusahaan jasa akan menggunakan jumlah bervariasi dari stabilitas perusahaan tersebut. Suatu produk jasa akan mengkonsumsi aktivitas-aktivitas tersebut selama daur hidupnya. Berbagai fungsi pembantu dalam

suatu perusahaan jasa seperti supervisi juga termasuk aktivitas yang berhubungan dengan jasa. Perhitungan fungsi ini dapat dilakukan dengan mengadakan wawancara dengan karyawan maupun manajer untuk menentukan waktu yang digunakan sesuai dengan jumlah transaksi yang dilakukan. Apabila wawancara tersebut tidak berhasil, suatu standart waktu yang spesifik dapat digunakan untuk pengukuran secara umum. Pengukuran ini dilakukan antara lain dengan menghitung banyak jam jasa untuk setiap jasa yang dipakai.

N. Persyaratan penggunaan pendekatan ABC.

Sistem ABC menawarkan beberapa manfaat namun manfaat ini tidak akan dapat tercapai tanpa biaya. System ABC bersifat sangat rumit dan membutuhkan peningkatan yang signifikan dalam pengukuran aktivitas dan pengukuran aktivitas ini dapat menjadi mahal meskipun setiap manajer nantinya diharuskan untuk menaksir manfaat dan biaya yang berkaitan dengan penerapan sistem ABC. Ada beberapa garis pedoman yang pantas untuk dapat diikuti. Menurut Supriono (1994) ada dua hal yang mendasar yang harus dipenuhi sebelum memungkinkan menerapkan sistem ABC yaitu :

1. Biaya-biaya yang berdasar non unit harus merupakan prosentase signifikan dari biaya *overhead*. Jika biaya ini jumlahnya kecil, maka sama sekali tidak ada masalah dalam pengalokasiannya pada tiap produk.

2. Rasio-rasio konsumsi antara aktivitas-aktivitas berdasar unit dan aktivitas-aktivitas berdasar non unit harus berbeda. Jika berbagai produk menggunakan semua aktivitas overhead dengan rasio yang kira-kira sama maka tidak ada masalah, jika *cost driver* berdasar unit digunakan untuk mengalokasikan semua biaya *overhead* pada setiap produk. Jika berbagai produk rasio konsumsinya sama, maka sistem konvensional atau sistem ABC membebankan overhead pabrik dalam jumlah yang sama jadi, perusahaan yang yang produknya homogen (diversifikasi produk rendah) mungkin dapat menggunakan sistem konvensional tanpa ada masalah.

O. Perhitungan titik impas dengan pendekatan *Activity Based Costing*

Perhitungan titik impas dengan pendekatan *activity based costing* menurut Mulyadi (1993) adalah sebagai berikut :

$$\text{Impas} = \frac{\text{Facility sustaining cost} + \text{product sustaining cost} - \text{batch related cost}}{\text{Harga jual per unit} - \text{unit level cost per unit}}$$

P. Manfaat *Activity Based Costing*

ABC sistem perusahaan untuk menentukan biaya produk yang lebih akurat dengan menelusuri biaya-biaya ke produk melalui aktivitas-aktivitas yang diperlukan untuk menghasilkan produk tersebut. Manfaat yang dapat diperoleh dengan menerapkan ABC sistem menurut Cooper (1991) adalah sebagai berikut:

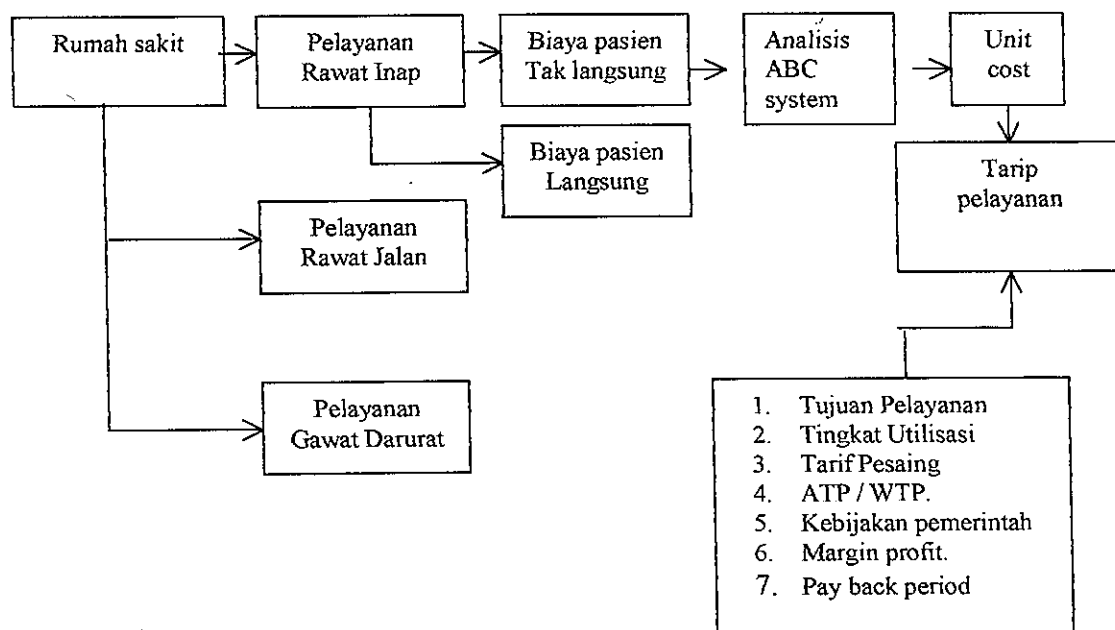
1. Pengambilan keputusan yang lebih baik karena adanya biaya produk yang lebih informatif. Informasi biaya produk yang dihasilkan ABS. Sistem yang lebih akurat dan informatif membantu manajer untuk mengurangi resiko didalam pengambilan keputusan. Dalam lingkungan kompetisi yang semakin ketat, informasi biaya produk yang akurat semakin penting untuk mendukung berbagai jenis pengambilan keputusan tentang produk. Informasi biaya produk yang akurat amendukung dasar penentuan harga jual produk dan analisa profitabilitas lini produk dengan baik, selama ini sering terjadi kesalahan karena pembebanan yang terlalu tinggi terhadap suatu produk sementara produk lain disubsidi akibatnya usaha yang menguntungkan lepas melalui penentuan harga jual yang terlalu tinggi (*overpricing*) dan usaha yang tidak menguntungkan lebih unggul karena penentuan harga jual yang terlalu rendah (*underpricing*).
2. Memperbaiki kebijaksanaan dalam pengelolaan aktivitas –aktivitas yang mengacu *overhead*. Untuk pengelolaan biaya-biaya yang timbul karena diversifiaksi produk, banyak perusahaan yang mengambil kebijakan dengan mengurangi variasi produk atau pengenalan produk baru. Kebijakan tersebut dalam jangka pendek menguntungkan karena dapat menekan pertumbuhan biaya. Tetapi dalam jangka panjang kebijakan tersebut membahayakan kalangan hidup perusahaan karena permintaan pasar (konsumen) dipaksa untuk mengikuti kebijaksanaan perusahaan. Pendekatan tersebut juga tidak realistis karena mengabaikan permintaab konsumen. ABC Sytem menempuh

pendekatan pengelolaan biaya. Strategi diversifikasi produk sesuai dengan permintaan konsumen (*costemer driver market strategi*) harus tetap dipertahankan, sementara perusahaan melakukan perbaikan yang berkesinambungan terhadap proses-proses produksinya dalam hal ini perusahaan melakukan penyempurnaan pengoperasian dalam mengurangi biaya perencanaan dan produksi atau produksi-produksi yang sangat bervariasi dan bervolume rendah dengan cara mengeliminasi produk cacat, mengurangi waktu set up, memperbaiki tata letak desai dan bahan baku dan manfaat teknologi maju.

3. Memudahkan akses ke biaya-biaya relevan pada suatu lingkup keputusan-keputusan yang lebih luas. Data-data yang disediakan ABC system memudahkan pengelolaan informasi bagi keputusan-keputusan khusus. Informasi tersebut terdiri dari aktifitas-aktifitas dan biaya pelaksanaan masing-masing aktivitas yang akan mengurangi upaya penyelesaian yang biasanya diperlukan untuk menghasilkan informasi bagi keputusan – keputusan khusus. System biaya konvensional menghasilkan informasi biaya yang harus disesuaikan terlebih dahulu agar sesuai dengan keputusan khusus. Hal ini tentu saja akan mengabiskan waktu dan sumber daya perusahaan.

Q. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka kerangka teori penelitian ini adalah sebagai berikut

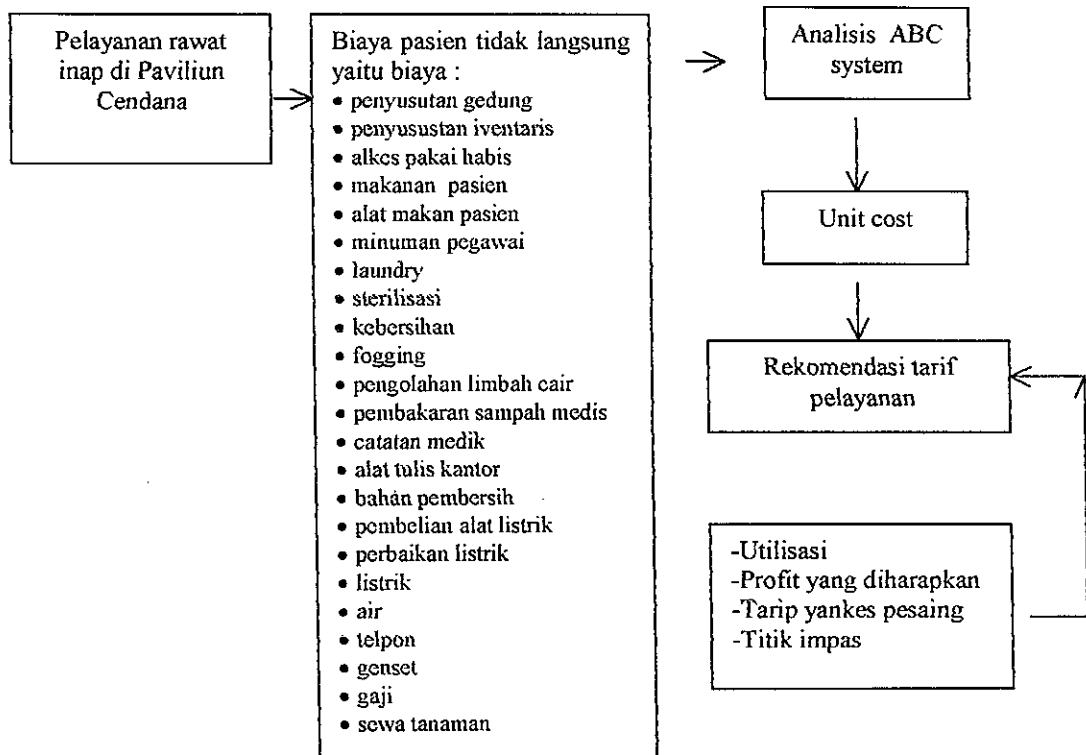


Sumber : Analisis Dan Kebijaksanaan Tarip Dalam Pelayanan Kesehatan (Gani,1993), Menejemen Mutu Pelayanan Kesehatann Teori, Strategi Dan Aplikasi (Wijono,1999) dan The Design Of Cost Management System (Cooper, 1991)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka konsep



Gambar 3.1. Kerangka konsep Penelitian

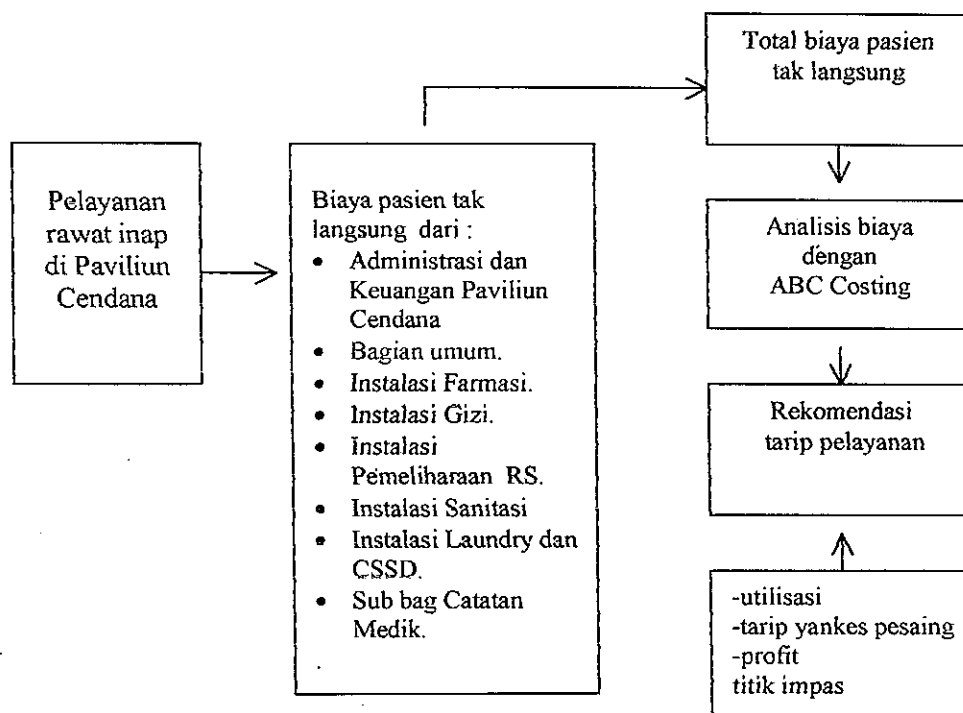
Matrik pengumpulan data penelitian dapat digambarkan sebagai berikut :

Tabel 3.1. Matrik pengumpulan data penelitian.

Sumber data	Data yang dikumpulkan	Informan	Metode	Alat
Bagian umum	Penyusutan gedung Penyusutan inventaris Alat tulis kantor Bahan pembersih Kebersihan	Kepala Bagian Umum	Wawancara Observasi data sekunder Cross chek	Formulir isian
Instalasi Farmasi	Alat kesehatan pakai habis	Kepala Instalasi Farmasi	Wawancara Observasi Data sekunder Cross chek	Formulir isian
Instalasi Gizi	Makanan pasien Minuman pegawai Alat makan pasien	Kepala Instalasi Gizi	Wawancara Observasi Data sekunder Cross chek	Formulir isian
Instalasi Sanitasi	Sampah medis Pengolahan limbah Fogging ruangan	Kepala Instalasi Sanitasi	Wawancara Observasi Data sekunder Cross chek	Formulir isian
Instalasi Perbaikan Sarana Rumah sakit	Genset	Kepala Instalasi Perbaikan Sarana Rumah Sakit	Wawancara Observasi Data sekunder Cross chek	Formulir isian
Administrasi Paviliun Cendana	Pembelian dan perbaikan alat listrik Sewa tanaman Rumah tangga Alat tulis kantor Telpon nurse station	Kepala IRNA Paviliun Cendana	Wawancara Observasi Data sekunder Cross chek	Formulir isian
Sub Bag Catatan Medik	Catatan medik	Kepala Sub bag Catatan Medik	Wawancara Observasi Data sekunder Cross chek	Formulir isian
Instalasi Laundry dan CSSD	Laundry Sterilisasi	Kepala Instalasi Laundry dan CSSD	Wawancara Observasi Data sekunder Cross chek	Formulir isian
Bagian Anggaran	Rekening listrik Rekening air Gaji pegawai	Kepala Bagian Anggaran	Wawancara Observasi Data sekunder Cross chek	Formulir isian

Direksi dan menejer rumah sakit	Faktor pertimbangan penentuan tarip pelayanan rawat inap	Wadir Umum Kabid Anggaran Kabid Yanmed Kepala IRNA 3	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara mendalam
---------------------------------	--	---	--------------------	----------------------------

B. Alur kegiatan penelitian



Gambar 3.2. Alur kegiatan penelitian.

C. Instrumen penelitian.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Formulir isian yang digunakan untuk mengumpulkan data kuantitatif yang dikumpulkan dengan cara wawancara, observasi, penelusuran data sekunder dan cross chek dokumen yang berkaitan dengan analisis biaya.
2. Pedoman wawancara untuk pengumpulan data kualitatif dalam rangka mengetahui faktor yang perlu diperhatikan untuk penentuan tarif.

D. Prosedur Kegiatan Penelitian.

1. Menentukan satuan waktu analisis yaitu biaya tahun anggaran 2001
- 2 Melakukan identifikasi dan pengumpulan komponen biaya rawat inap di Paviliun Cendana yang meliputi:
 - a. Biaya penyusutan gedung
 - b. Biaya penyusutan inventaris dan perabotan.
 - c. Biaya alat kesehatan pakai habis.
 - d. Biaya makanan pasien.
 - e. Biaya alat makan pasien.
 - f. Biaya minuman pegawai.
 - g. Biaya laundry.
 - h. Biaya sterilisasi instrumen.
 - i. Biaya kebersihan.
 - j. Biaya sanitasi.
 - k. Biaya catatan medik.
 - l. Biaya alat tulis kantor.

- m. Biaya bahan pembersih.
- n. Biaya pembelian alat listrik
- o. Biaya pemeliharaan dan perbaikan elektrik.
- p. Biaya rumah tangga.
- q. Biaya listrik.
- r. Biaya air bersih.
- s. Biaya pemakaian telpon nurse station.
- t. Biaya pemakaian genset.
- u. Biaya gaji pegawai.

Informasi biaya-biaya ini dikumpulkan melalui data yang terdapat pada Bidang anggaran yang mencatat pengeluaran masing-masing pasal anggaran. Untuk mengetahui penggunaan anggaran tersebut dilakukan penelusuran pada tiap-tiap pemakai pasal yaitu bidang / bagian / sub bagian / instalasi. Informasi yang diperlukan adalah penggunaan anggaran untuk Paviliun Cendana dan penggunaan pada setiap kelas perawatan. Bila data secara terperinci tersebut belum tersedia, berdasarkan informasi tersebut dilakukan penelusuran lebih lanjut untuk dapat memilahkan dana yang digunakan untuk Paviliun Cendana. Setelah ditemukan biaya untuk Paviliun Cendana dilakukan pemilahan lagi untuk mendapatkan penggunaan pada setiap kelas di Paviliun Cendana. Pemilahan ini berdasarkan Bed Occupation Rate (BOR), kapasitas tempat tidur, luas lantai dan hari rawat inap pada setiap kelas perawatan. Kelas perawatan yang ada di Paviliun Cendana adalah :

- a VVIP.
 - b VIP A.
 - c VIP B.
 - d Utama.
3. Menggolongkan semua biaya kedalam masing-masing *cost pool*.
 4. Setelah penentuan *cost pool* dilakukan, biaya yang telah terkumpul di masing-masing *cost pool* akan dihubungkan ke produk jasa dengan menggunakan *cost driver* dari masing-masing *cost pool*.
 5. Setelah menggolongkan berbagai jenis biaya tersebut ke dalam *cost pool* dan *cost driver*, maka langkah selanjutnya adalah menentukan aktivitas. Aktivitas yang ada di ruang rawat inap Paviliun Cendana adalah hari rawat inap, jumlah pasien, luas lantai (m^2).
 6. Setelah diketahui pembagian berbagai jenis tersebut dalam *cost pool* masing-masing maka akan dapat dihitung total biaya per *cost pool*.
 7. Berdasarkan hal tersebut di atas akan dapat dihitung berapa besarnya biaya per aktivitas *cost driver*.
 8. Berdasarkan perhitungan di atas akan dapat diketahui unit cost dari masing – masing kelas perawatan yang terdapat di Paviliun Cendana
 9. Melakukan wawancara mendalam untuk mengetahui faktor yang perlu diperhatikan dalam penentuan tarif berdasarkan unit cost yang ditemukan. Wawancara dilakukan terhadap Wakil Direktur Umum dan Keuangan, Wakil

Direktur Pelayanan Medis, Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Instalasi Rawat Inap III (Paviliun Cendana).

10. Melakukan perhitungan rekomendasi tarif biaya rawat inap di Paviliun Cendana berdasarkan unit cost yang telah dihitung, hasil wawancara, teori analisis biaya, tarif pesaing dan peraturan pemerintah yang berlaku.

E. Definisi Operasional

1. Pelayanan rawat inap

Pelayanan yang merupakan salah satu bentuk pelayanan medis yang diselenggarakan di rumah sakit, rumah sakit bersalin dan rumah bersalin. Pasien tinggal di rumah sakit untuk mendapatkan perawatan selama waktu tertentu tergantung pada kondisi pasien dan persetujuan dokter yang merawat.

2. Biaya tidak langsung pasien

Adalah biaya atas penggunaan / pemanfaatan sarana, prasarana, bahan dan alat kesehatan pakai habis yang tidak dapat secara langsung dihubungkan dengan pasien. Pengukurannya dilakukan berdasarkan penelusuran biaya masing-masing komponen. Data didapatkan dari data sekunder berdasarkan pencatatan dan laporan setiap bagian, instalasi dan unit-unit lain di rumah sakit. Biaya ini merupakan penerimaan rumah sakit.

3. Rekomendasi tarif rawat inap

Adalah usulan sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan di rumah sakit yang dibebankan kepada masyarakat atas akomodasi

rumah sakit. Rekomendasi tarif pelayanan berdasarkan unit cost yang dihitung dengan metode ABC-Costing.

4. Unit cost

Adalah biaya satuan pelayanan rawat inap yang dihitung berdasarkan penjumlahan masing-masing *cost driver*. Perhitungan ini diperoleh berdasarkan total biaya dibagi total aktivitas dari masing-masing *cost pool*.

5. Metode *Activity Based Costing System* (ABC System).

Adalah metode penentuan biaya dengan menggunakan *multiple cost driver* dalam mengalokasikan biaya tak langsung berdasarkan sumber daya yang dikonsumsi oleh setiap produk atau jasa. Dihitung dengan cara menggolongkan setiap biaya ke dalam *cost pool* berdasarkan kesamaan *cost driver* kemudian dibagi aktivitas.

6. *Cost pool*.

Adalah kelompok biaya yang mempunyai aktivitas sama. Dilakukan dengan cara menggolongkan biaya-biaya yang mempunyai karakteristik sama. *Cost pool* yang ada di Paviliun Cendana adalah:

- a *Cost pool* A yaitu penggolongan biaya tidak langsung yang dapat dihubungkan secara langsung dengan pelayanan di ruang rawat inap atas dasar hari rawat inap, klasifikasinya adalah *unit level activity cost*.
- b *Cost pool* B yaitu penggolongan biaya tidak langsung yang dapat dihubungkan secara langsung dengan pelayanan di ruang rawat inap atas dasar jumlah pasien, klasifikasinya adalah *batch level activity cost*.

- c *Cost pool C* yaitu penggolongan biaya tidak langsung yang tidak dapat secara jelas dihubungkan dengan jasa pelayanan di ruang rawat inap, klasifikasinya adalah *facility sustaining activity cost*.
- d *Cost pool D* yaitu penggolongan biaya tidak langsung yang dapat langsung dihubungkan dengan pelayanan di ruang rawat inap atas dasar luas lantai, klasifikasinya *facility sustaining activity cost*.
- e *Cost pool E* yaitu penggolongan biaya tidak langsung yang berhubungan dengan tenaga kerja, klasifikasinya *unit level activity*.
- f *Unit level activity cost* adalah biaya yang dipengaruhi oleh besar kecilnya jumlah produk yang dihasilkan. Contoh biaya ini adalah gaji pegawai, pemakaian air bersih.
- g *Batch related activity cost* adalah biaya yang berhubungan dengan jumlah batch produk yang diproduksi. Contoh biaya ini adalah pemakaian alkes pakai habis, alat makan pasien, *loundry*, sterilisasi instrumen, pengolahan limbah cair, pembakaran sampah medis dan pencatatan medik.
- h *Facility sustaining activity cost* adalah biaya kegiatan untuk mempertahankan pelaksanaan kegiatan. Contoh biaya ini adalah penyusutan gedung, penyusutan inventaris, pemakaian alat tulis kantor, penggunaan bahan pembersih, biaya rumah tangga, perbaikan elektrik, langganan listrik, langganan listrik, pemakaian genset dan ongkos sewa tanaman.

7. *Cost driver.*

Adalah suatu faktor yang menyebabkan konsumsi sumber daya oleh suatu aktivitas atau produk. *Cost driver* yang digunakan di Paviliun Cendana adalah:

- a *Cost pool A, cost driver* yang digunakan adalah hari rawat inap.
- b *Cost pool B, cost driver* yang digunakan adalah jumlah pasien.
- c *Cost pool C, cost driver* yang digunakan adalah hari rawat inap.
- d *Cost pool D, cost driver* yang digunakan adalah luas lantai.
- e *Cost pool E, cost driver* yang digunakan adalah hari rawat inap.

8. Aktivitas

Adalah hal yang timbul akibat dari adanya produk. Aktivitas yang berhubungan dengan pelayanan pasien di Paviliun Cendana adalah : jumlah hari rawat pasien, jumlah pasien, luas lantai.

9. Biaya penyusutan gedung adalah biaya yang ditanggung oleh rumah sakit akibat penyusutan nilai rupiah gedung. Perhitungan biaya penyusutan dihitung satu tahun menggunakan metode garis lurus dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

Harga satuan barang x Jumlah barang

Masa hidup barang

Biaya ini tidak dapat secara jelas dihubungkan dengan jasa pelayanan rawat inap dan tidak berkaitan dengan aktivitas ruang perawatan sehingga

- digolongkan pada *cost pool* D, pada perhitungan *cost pool* biaya ini disebut penyusutan A.
10. Biaya penyusutan inventaris dan perabotan adalah biaya yang ditanggung oleh rumah sakit karena penurunan nilai barang inventaris dan perabotan yang digunakan untuk pelayanan di ruang rawat inap paviliun Cendana. Perhitungan menggunakan rumus seperti tersebut di atas. Biaya ini tidak dapat dihubungkan secara jelas dengan jasa pelayanan rawat inap, maka digolongkan dalam *cost pool* D, pada perhitungan *cost pool* biaya ini disebut penyusutan B.
11. Biaya alat kesehatan pakai habis adalah biaya yang dikeluarkan untuk melakukan medikasi / perawatan pasien dan biaya ini tidak dibebankan langsung pada pasien. Informasi ini diperoleh berdasarkan data pemakaian alat medis habis pakai yang ada pada Instalasi Farmasi secara keseluruhan kemudian dilakukan penelusuran untuk pemakaian pada Paviliun Cendana. Alat kesehatan pakai habis yang digunakan di Paviliun Cendana adalah kain kaas, perban, plester, betadine dan alkohol. Biaya ini dapat dihubungkan dengan jasa pelayanan di ruang rawat inap atas dasar jumlah pasien sehingga digolongkan pada *cost pool* B.
12. Biaya makanan pasien adalah biaya yang dikeluarkan untuk pembelian bahan makanan untuk pasien selama 24 jam perawatan. Pola makanan yang diberikan adalah 3 x makanan pokok, 2 x snack, 3 x minum dan 2 x buah-buahan. Informasi ini didapatkan dari instalasi gizi berupa biaya makanan per

- orang per hari untuk pasien rawat inap Paviliun Cendana. Biaya ini dapat dihubungkan dengan jasa pelayanan di ruang rawat inap atas dasar hari rawat inap sehingga dimasukkan dalam *cost pool A*.
13. Biaya alat makan pasien adalah biaya yang digunakan untuk membeli peralatan makan pasien pada Paviliun Cendana, data ini diperoleh dari Instalasi Gizi. Biaya ini dapat dihubungkan dengan jasa pelayanan di ruang rawat inap atas dasar jumlah pasien sehingga digolongkan pada *cost pool B*.
14. Biaya makanan pegawai adalah biaya minuman untuk semua petugas di Paviliun Cendana dan snack petugas dinas malam. Informasi didapatkan dari instalasi gizi yaitu berupa biaya minuman dan snack perorang kemudian dikalikan dengan jumlah pegawai yang ada di Paviliun Cendana. Penelusuran biaya dilakukan di Instalasi Gizi. Biaya ini merupakan biaya tidak langsung yang berhubungan dengan tenaga kerja sehingga digolongkan pada *cost pool E*.
15. Biaya laundry adalah biaya yang dikeluarkan untuk pencucian linen yang digunakan di Paviliun Cendana. Informasi ini diperoleh dari Instalasi Laundry dan CSSD (Central Sterilisasi Departemen). Data diperoleh dengan melakukan penelusuran biaya laundry untuk pelayanan Paviliun Cendana berdasarkan harga per kilo gram dan jumlah linen yang dilaundry setiap kelas perawatan dalam kilogram. Biaya ini dapat dihubungkan dengan jasa pelayanan di ruang rawat inap atas dasar jumlah pasien sehingga digolongkan pada *cost pool B*.

16. Biaya sterilisasi adalah biaya yang dikeluarkan untuk sterilisasi instrumen yang digunakan di Paviliun Cendana. Informasi ini diperoleh dari Instalasi Laundry dan CSSD. Data diperoleh dengan cara menghitung jumlah instrumen yang disteril dikalikan dengan harga sterilisasi per kilo gram pada setiap kelas perawatan di Paviliun Cendana. Biaya ini dapat dihubungkan dengan jasa pelayanan di ruang rawat inap atas dasar jumlah pasien sehingga digolongkan pada *cost pool B*.
17. Biaya kebersihan adalah biaya yang diperlukan untuk melakukan aktivitas pembersihan ruangan di Paviliun Cendana yang dilakukan oleh petugas *cleaning service*. Perhitungan dilakukan dengan cara mencari biaya pembersihan lantai per meter persegi kemudian dikalikan dengan luas lantai dan frekuensi pembersihan. Informasi ini didapatkan dari Sub Bagian Rumah Tangga. Biaya ini merupakan biaya tidak langsung yang berhubungan dengan luas lantai sehingga digolongkan pada *cost pool D*.
18. Biaya sewa tanaman adalah biaya yang diperlukan untuk menyewa tanaman dalam pot untuk keindahan ruang rawat inap Paviliun Cendana. Informasi ini didapatkan dari Bagian Administrasi dan Keuangan Paviliun Cendana. Biaya ini tidak dapat secara langsung dihubungkan dengan jasa pelayanan sehingga digolongkan *cost pool C*.
19. Biaya sanitasi yang terdiri dari biaya :
 - a Pengolahan limbah, yaitu biaya pengolahan limbah yang timbul akibat pelayanan di ruang rawat inap. Perhitungan dilakukan dengan cara

mengalikan biaya pengolahan per meter kubik dengan volume limbah yang dihasilkan dari pelayanan Paviliun Cendana. Biaya ini bisa dihubungkan dengan jasa pelayanan di ruang rawat inap atas dasar jumlah pasien sehingga digolongkan pada *cost pool B*.

- b *Fogging* , adalah biaya yang dikeluarkan untuk sterilisasi ruangan dengan cara pengasapan. Perhitungan dilakukan dengan cara mengalikan frekwensi dan luas ruangan dengan harga per 30m³ pada setiap kelas perawatan di Paviliun Cendana. Biaya ini merupakan biaya tidak langsung yang berhubungan dengan luas lantai sehingga digolongkan pada *cost pool D*.
- c Pembakaran sampah medis adalah biaya yang dikeluarkan untuk memusnahkan sampah infeksius hasil pelayanan pasien di ruang rawat inap dengan pembakaran di incenerator. Perhitungan dilakukan dengan cara mengalikan biaya pembakaran per kilo dengan jumlah sampah medis yang dihasilkan pada pelayanan rawat inap Paviliun Cendana. Biaya ini dapat dihubungkan dengan jasa pelayanan di ruang rawat inap yang berhubungan dengan jumlah pasien sehingga dimasukkan pada *cost pool B*.

Informasi ini diperoleh dari Instalasi Sanitasi.

- 20. Biaya catatan medik adalah biaya yang diperlukan untuk melakukan pencatatan data dan riwayat pasien, sehingga dipengaruhi oleh jumlah pasien. Perhitungan dilakukan dengan cara mengalikan jumlah pasien per kelas

perawatan dengan harga per bendel catatan medik. Informasi biaya dilakukan melalui penelusuran pada bagian administrasi Paviliun Cendana dan Sub Bag Catatan Medik. Biaya ini dapat dihubungkan dengan jasa pelayanan atas dasar jumlah pasien sehingga digolongkan *cost pool B*.

21. Biaya alat tulis kantor adalah biaya yang diperlukan untuk membiayai peralatan alat tulis, kertas, tinta, cetakan sehingga pelayanan di rawat inap Paviliun Cendana berjalan lancar. Biaya alat tulis kantor Paviliun Cendana terdiri dari 2 sumber biaya yaitu Gudang Umum dan Bagian Administrasi Paviliun Cendana. Biaya ini tidak dapat secara langsung dihubungkan dengan jasa pelayanan sehingga digolongkan *cost pool C*.
22. Biaya pembersih adalah biaya yang diperlukan untuk membeli bahan-bahan pembersih ruangan. Biaya ini tidak dapat secara langsung dihubungkan dengan jasa pelayanan, sehingga digolongkan pada *cost pool C*. Informasi didapatkan dari Gudang Umum.
23. Biaya pertukangan adalah biaya yang diperlukan untuk melakukan perbaikan gedung, pengecatan, peralatan mebelair, perbaikan saluran air dan ongkos tukang. Informasi biaya ini dilakukan dengan cara menelusuri pengeluaran biaya tersebut untuk Paviliun Cendana yang dilakukan oleh Bagian Administrasi dan Keuangan Paviliun Cendana. Biaya ini adalah biaya yang tidak dapat secara jelas dihubungkan dengan jasa pelayanan sehingga dimasukkan *cost pool C*.

24. Biaya pemeliharaan elektrik adalah biaya yang diperlukan untuk melakukan pemeliharaan dan perbaikan peralatan listrik yang digunakan di Paviliun Cendana yaitu : AC, kulkas, televisi, lampu. Informasi biaya ini dilakukan melalui penelusuran biaya Bagian Administrasi dan Keuangan Paviliun Cendana. Biaya ini tidak dapat secara langsung dihubungkan dengan jasa pelayanan sehingga dimasukkan pada *cost pool C*.
25. Biaya pembelian alat listrik adalah biaya yang diperlukan untuk membeli peralatan listrik di Paviliun Cendana misalnya lampu. Biaya ini tidak dapat secara langsung dihubungkan dengan jasa pelayanan sehingga dimasukkan pada *cost pool C*.
26. Biaya listrik adalah biaya yang diperlukan untuk membiayai penyediaan tenaga listrik untuk pelayanan di Paviliun Cendana. Penelusuran biaya dilakukan dengan cara memilahkan biaya listrik untuk paviliun Cendana dari total penggunaan listrik di rumah sakit. Informasi ini diperoleh di Bagian Anggaran. Biaya ini tidak dapat secara langsung dihubungkan dengan jasa pelayanan sehingga dimasukkan pada *cost pool C*.
27. Biaya air adalah biaya yang diperlukan untuk membiayai penyediaan air bersih di Paviliun Cendana. Penelusuran biaya dilakukan dengan cara memilahkan penggunaan air bersih di Paviliun Cendana dari total penggunaan air bersih di rumah sakit. Informasi ini ditelusuri dari Bagian Anggaran. Biaya ini dapat dihubungkan secara langsung dengan jasa pelayanan di ruang rawat inap atas dasar hari rawat inap sehingga dimasukkan pada *cost pool A*.

studi kasus yang bersifat diskriptif, kuantitatif dan didukung data kualitatif dengan wawancara mendalam.

G. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian adalah IRNA 3 Paviliun Cendana RSUD Dr Moewardi Surakarta.

H. Sampel Penelitian.

Adalah biaya pelayanan dari berbagai sumber pada tahun anggaran 2001 (Januari sampai dengan Desember 2001).

I. Cara pengumpulan data.

Data yang dikumpulkan ada 2 yaitu :

- a. Data primer dilakukan dengan cara wawancara mendalam yang dilakukan kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan, Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Bagian Anggaran dan Kepala IRNA 3 tentang :
 - 1) Sejarah dan tujuan pembentukan Paviliun Cendana.
 - 2) Sumber dana untuk pembiayaan Paviliun Cendana.
 - 3) Kontribusi Paviliun Cendana terhadap penerimaan RSDMS.
 - 4) Penentuan tarif Paviliun Cendana.
 - 5) Pelayanan rawat inap Paviliun Cendana.

- b. Data sekunder dilakukan dengan cara wawancara, observasi, penelusuran dokumen dan *cross chek*. Data yang dikumpulkan adalah :
- 1) Kinerja paviliun Cendana tahun 2001.
 - 2) Anggaran untuk Paviliun Cendana tahun 2001.
 - 3) Data pembiayaan untuk Paviliun Cendana tahun 2001.

J. Metode Analisis Data.

Pengolahan dan analisis data dilakukan dengan menggunakan program Microsot Excel, sedangkan urutan dari analisis data dilakukan dengan urutan sebagai berikut :

a. Editing

Dilakukan untuk mengoreksi data bertujuan memudahkan proses analisis.

b. Pengolahan data.

Data diolah untuk mendapatkan data biaya yang diperlukan.

c. Analisis data.

Analisis data dilakukan pada matrik analisis sensitivitas dengan menggunakan tabel berikut ini.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. GAMBARAN UMUM PAVILIUN CENDANA

Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta (RSDMS) adalah rumah sakit type B pendidikan milik pemerintah propinsi Jawa Tengah. Kapasitas tempat tidur yang dimiliki sebanyak 473 tempat tidur. Lokasi RSDMS sangat strategis karena terletak di jalan protokol jurusan Surabaya-Solo dengan alamat Jalan Kolonel Sutarto no 132. Luas areal tanah 39.915 m² terdiri bangunan 33.205m² dan sisanya merupakan taman dan lahan parkir.

Salah satu pelayanan yang ada di RSDM Surakarta adalah Paviliun Cendana. Paviliun Cendana memberikan pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Gedung paviliun merupakan bangunan 3 lantai terletak pada sayap Timur merupakan tempat yang terpisah dengan pelayanan non paviliun. Pada lantai pertama terdapat ruangan rawat jalan dan ruang rawat inap Cendana I yang terdiri dari 5 tempat tidur VIP A dan 16 tempat tidur VIP B. Pada lantai II terdapat ruang rawat inap Cendana II yang terdiri dari 4 tempat tidur VVIP, 6 tempat tidur VIP A dan 26 tempat tidur VIP B. Sedangkan pada lantai III terdapat ruang rawat inap Cendana III yang terdiri dari 10 tempat tidur VIP A, 16 tempat tidur VIP B dan 16 tempat tidur Utama. Pelayanan Paviliun Cendana ini disebut sebagai Instalasi Rawat Inap 3 (IRNA 3) yang dipimpin oleh seorang kepala instalasi.

1. Pengertian pelayanan kesehatan Paviliun Cendana.

Pelayanan kesehatan Paviliun Cendana adalah :

- a. Wadah penyelenggaraan kesehatan dengan standard dan cara khusus.
- b. Unit pelayanan yang bersifat semi otonom, berada di bawah dan bertanggung jawab langsung kepada direktur.
- c. Standard dan proses pelayanan kesehatan ditetapkan oleh direktur sesuai kemampuan rumah sakit dan ketentuan yang berlaku.

2. Tujuan pembentukan Paviliun Cendana :

- a. Mengoptimalkan pemanfaatan sarana dan tenaga yang ada untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan standard dan cara khusus bagi pasien yang mampu membiayai sendiri untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
- b. Meningkatkan pendapatan daerah
- c. Memantapkan peran rumah sakit sebagai Strategic Bisnis Unit (SBU).
- d. Mewujudkan kebijaksanaan subsidi silang.
- e. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat
- f. Meningkatkan kesejahteraan karyawan rumah sakit.

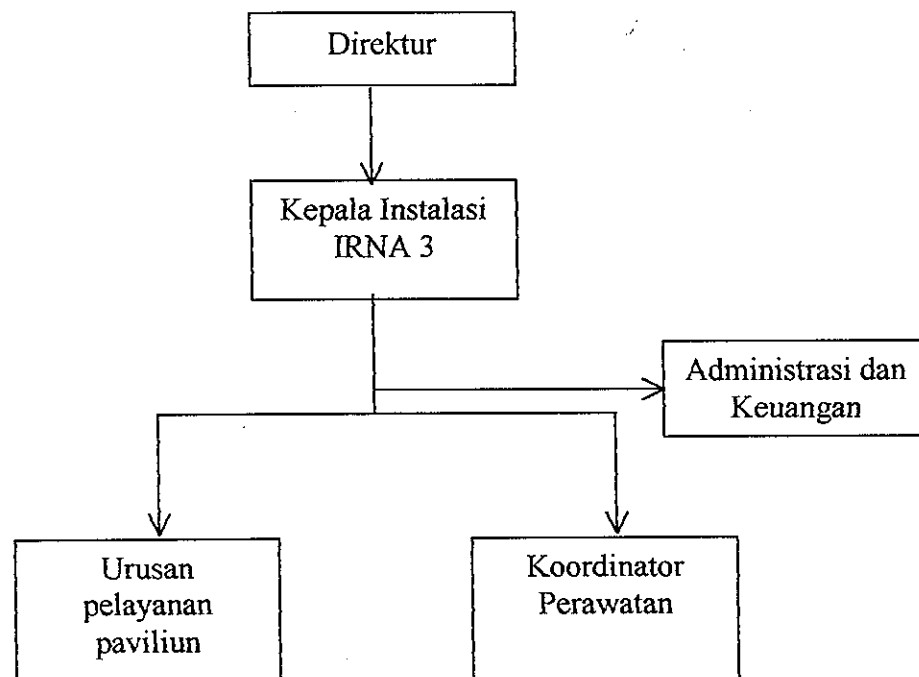
3. Fungsi Paviliun Cendana :

- a. Melaksanakan usaha pelayanan medis.
- b. Melaksanakan rehabilitasi medis.
- c. Melaksanakan pencegahan penyakit dan peningkatan pemulihan kesehatan.
- d. Melaksanakan usaha perawatan.

e. Melaksanakan usaha-usaha lain yang ditetapkan oleh direktur.

4. Struktur organisasi Paviliun Cendana.

Struktur organisasi Paviliun Cendana dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 4.1. Struktur Organisasi Paviliun Cendana RSDMS.
Sumber : Bagian Administrasi dan Keuangan Paviliun Cendana.

Berdasarkan gambar di atas dapat diketahui bahwa kepala Instalasi IRNA 3 bertanggung jawab langsung kepada direktur RSUD. Dr. Moewardi Surakarta. Dalam melakukan pelayanan terhadap pasien kepala instalasi dibantu oleh kepala urusan pelayanan paviliun dan koordinator perawatan sedangkan pencatatan dan pelaporan kegiatan Paviliun Cendana dilakukan oleh bagian administrasi dan keuangan. Posisi Paviliun Cendana pada SOT (Susunan Organisasi dan Tata kerja) RSDM adalah Instalasi Rawat Inap

yang bertanggung jawab langsung kepada direktur, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada lampiran.

5. Kepegawaian Paviliun Cendana.

Pegawai yang melayani di Paviliun Cendana terdiri dari 96 orang, dengan perincian lebih jelas dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.1. Jumlah Pegawai Paviliun Cendana RSDMS Tahun 2001.

No	Pendidikan	Jumlah	Keterangan
1	Dokter + S2 Manajemen	1	Kepala Instalasi
2	Sarjana Ekonomi	1	Tenaga Administrasi
3	D III-Keperawatan	43	Tenaga Perawat
4	D III-Fisioterapi	1	Tenaga Administrasi
5	D III-Akutansi	2	Tenaga Administrasi
6	D III-Farmasi	2	Tenaga Farmasi
7	S P K	23	Tenaga Perawat
8	S M F	7	Tenaga Farmasi
9	S L T A / sederajat	7	Tenaga Administrasi
10	SMP / sederajat	9	Penyaji makanan
	J u m l a h	96	

Sumber data : Bagian Administrasi Paviliun Cendana.

Pegawai Paviliun Cendana sebanyak 96 orang dengan perincian sebagai berikut 88 pegawai berstatus PNS (Pegawai Negeri Sipil) dan 8 orang berstatus honorer.

6. Dokter paviliun

- a. Dokter yang berhak merawat di paviliun adalah dokter spesialis dan diperlakukan sebagai dokter tamu (*visiting doctor*)
- b. Dokter tamu adalah dokter yang melaksanakan pelayanan rawat jalan dan rawat inap di paviliun selanjutnya disebut dokter paviliun.
- c. Untuk menjadi dokter tamu, dokter yang bersangkutan mengajukan permohonan kepada direktur.

- d. Kepada dokter diberikan jasa pelayanan (jasa dokter) yang aturan dan besarnya ditetapkan oleh direktur atas dasar kesepakatan bersama.

7. Kewajiban

- a. Direktur berkewajiban menyediakan sarana pelayanan, honor / jasa yang menjadi hak yang bersangkutan.
- b. Sarana pelayanan yang disediakan adalah pelayanan rawat jalan (poliklinik) dan pelayanan rawat inap.
- c. Dokter berkewajiban memberikan pelayanan medik kepada pasien secara profesional dan mentaati peraturan RSDM Surakarta.
- d. Dokter berkewajiban membuat catatan medik yang baik tentang pelayanan / tindakan pada pasien.

8. Hak-hak

- a. Direktur berhak mengangkat, memberhentikan dokter yang bekerja di paviliun.
- b. Direktur berhak mengatur tugas-tugas dokter yang bekerja di paviliun.
- c. Dokter yang bekerja di paviliun berhak menerima honor, jasa dokter dan mengajukan saran untuk perbaikan pelayanan.

9. Pasien

- a. Pasien rawat jalan adalah pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan di poliklinik
- b. Pasien rawat inap terdiri atas pasien pribadi dan pasien paviliun dengan penjelasan sebagai berikut :

- 1) Pasien pribadi adalah pasien rujukan dokter RSDM yang dirawat di paviliun oleh dokter tersebut.
- 2) Pasien paviliun adalah pasien yang dirawat di paviliun yang tidak termasuk pasien pribadi.

10. Biaya paviliun.

- a. Biaya paviliun adalah biaya yang dibebankan kepada pasien sehubungan dengan pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, pengobatan pasien serta pemeriksaan penunjang di paviliun.
- b. Biaya yang dibebankan kepada pasien meliputi :
 - 1) Jasa pelayanan rawat jalan / poliklinik untuk pasien rawat jalan.
 - 2) Jasa pelayanan rawat inap terdiri dari komponen :
 - a) Komponen jasa rumah sakit, yaitu biaya atau pemanfaatan / penggunaan sarana dan peralatan yang ada di rumah sakit. Komponen ini merupakan penerimaan rumah sakit.
 - b) Komponen jasa pelayanan, yaitu biaya yang berhubungan dengan imbalan jasa di paviliun. Komponen ini merupakan penerimaan rumah sakit.
 - c) Besarnya biaya rawat inap masing-masing kelas serta pembagian komponen tarif dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel. 4.2. Komponen Tarip Paviliun Cendana RSDMS 2001.

No	Kelas	Jasa Sarana (Rp)	Jasa Pelayanan Medis (Rp)	Jasa Pelayanan Non Medis (Rp)	Jumlah (Rp)
1	VVIP	100.000	40.000	15.000	155.000
2	VIPA	75.000	25.000	15.000	115.000
3	VIP B	50.000	20.000	15.000	85.000
4	Utama	38.000	14.000	8.000	60.000

Sumber : Bagian Administrasi dan Keuangan Paviliun Cendana.

11. Usulan perubahan tarip.

Menyikapi perubahan yang terjadi di masyarakat terutama yang berkaitan dengan kenaikan semua harga di pasaran, pihak direksi menyusun usulan perubahan tarip rumah sakit. Perubahan tarip tersebut dituangkan dalam Keputusan Direktur no : 188.4 / 022 / 2002 tanggal 1 Juni 2002 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan sebagai pengganti Perda nomor 8 tahun 1999. Keputusan direktur ini sedang diproses DPRD untuk disahkan menjadi perda. Pada tabel di bawah ini dapat diketahui susunan komponen tarip usulan yang baru.

Tabel. 4.3. Usulan Tarip Baru Paviliun Cendana RSDMS 2001.

No	Kelas	Jasa Sarana (Rp)	Jasa Pelayanan Medis (Rp)	Jasa Pelayanan Non Medis (Rp)	Jumlah (Rp)
1	VVIP	220.000	50.000	30.000	300.000
2	VIPA	130.000	30.000	20.000	180.000
3	VIP B	95.000	25.000	20.000	140.000
4	Utama	70.000	18.000	12.000	100.000

Sumber : Bagian Anggaran RSDM Surakarta

B. GAMBARAN UMUM KEGIATAN

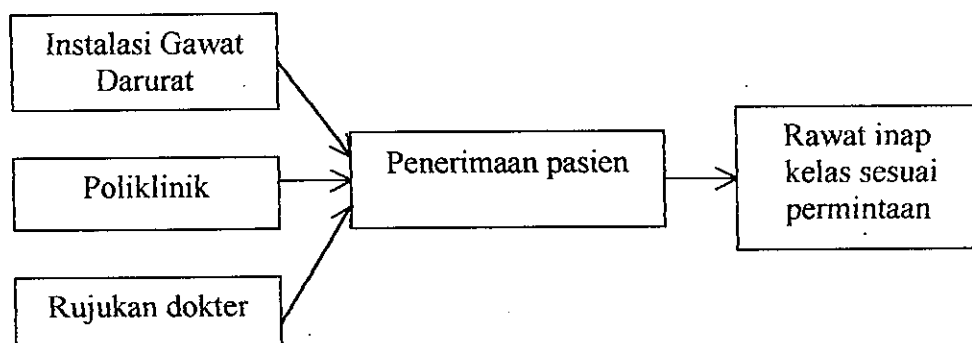
1. Kegiatan Paviliun Cendana

Pelayanan yang ada di Paviliun Cendana ada 2 macam yaitu pelayanan rawat jalan dan pelayanan rawat inap. Berdasarkan tempat dan jenis pelayanan rawat inap, Paviliun Cendana dapat dibedakan sebagai berikut :

- a. Cendana 1, terletak di lantai dasar terdiri dari: 5 VIP A dan 16 VIP B.
- b. Cendana 2, terletak di lantai 2 terdiri dari: 4 VVIP, 6 VIP A, 26 VIP B.
- c. Cendana 3, terletak di lantai 3 terdiri dari : 10 VIP A, 16 VIP B dan 16 Utama.

2. Alur pelayanan pasien

Pasien yang dirawat di Paviliun Cendana dapat berasal dari Instalasi Gawat Darurat, poliklinik dan rujukan dokter. Pasien yang akan dirawat dicatat oleh petugas penerima pasien masuk untuk dapat memilih kelas perawatan dan membayar biaya administrasi rawat inap. Pemilihan kelas perawatan dilakukan oleh pasien / keluarganya sesuai dengan kemampuan dan ruangan yang tersedia saat itu. Alur pelayanan pasien di Paviliun Cendana dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 4.2. Alur pelayanan pasien rawat inap Paviliun Cendana.
Sumber : Bagian Administrasi dan Keuangan Paviliun Cendana.

C. GAMBARAN HASIL PELAYANAN

Hasil pelayanan rawat inap Paviliun Cendana pada tahun 2001 dapat digambarkan sebagai berikut :

1. Pencapaian Bed Occupation Rate (BOR).

Pencapaian bed occupation rate Paviliun Cendana pada tahun 1999, 2000 dan 2001 dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel.4.4. Pencapaian BOR Paviliun Cendana RSDM Tahun 1999,2000 dan 2001

No	Klas	Tahun 1999 (%)	Tahun 2000 (%)	Tahun 2001 (%)
1	VVIP	53,84	50,68	71,03
2	VIP A	50,33	65,61	89,80
3	VIP B	46,34	58,54	78,57
4	Utama	41,23	37,30	47,38

Sumber : Sub Bag Catatan Medik RSDM

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui pada pencapaian BOR pada tahun 1999 adalah sebagai berikut kelas VVIP sebesar 53,84%, VIP A 50,33%, VIP B 46,34% dan utama 41,23%. Pencapaian BOR pada tahun 2000 adalah sebagai berikut VVIP 50,68%, VIP A 65,61, VIP B 58,54 dan utama 37,30%. Sedangkan pencapaian BOR pada tahun 2001 adalah sebagai berikut VVIP 71,03%, VIP A 89,80%, VIP B 78,57% dan kelas utama 47,38%. Melihat pencapaian BOR pada tabel di atas dapat diketahui bahwa setiap tahun terjadi peningkatan yang cukup tinggi, berarti terjadi peningkatan pemanfaatan tempat tidur pada Paviliun Cendanan. Menilik pemanfaatan tempat tidur berdasarkan kelas perawatan dapat diketahui

bahwa yang paling rendah terjadi pada kelas utama, pada tahun 2000 terjadi penurunan kemudian tahun 2001 mengalami peningkatan yang relatif paling rendah dibandingkan kelas perawatan yang lain pada Paviliun Cendana.

2. Jumlah hari perawatan.

Paviliun Cendana mempunyai 4 kelas perawatan adalah kelas VVIP, VIP A, VIP B dan Utama. Pada tabel berikut dapat diketahui jumlah hari perawatan pada kelas VVIP, VIP A, VIP B dan kelas utama pada Paviliun Cendana mulai tahun 1999 sampai dengan 2001.

Tabel 4.5. Jumlah Hari Perawatan Pasien Paviliun Cendana RSDMS Tahun 1999, 2000, 2001

Kelas	1999	%	2000	%	2001	%	Jumlah	%
VVIP	786	30	801	30	1.037	40	2.624	100
VIP A	3.123	24	4.421	34	5.572	42	13.116	100
VIP B	9.134	24	12.613	34	15.487	42	37.234	100
Utama	3.318	32	3.267	31	3.805	37	10.390	100

Sumber : Sub Bagian Catatan Medik RSDMS.

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa pada tahun 1999 sampai tahun 2001 terjadi peningkatan jumlah hari rawat inap pasien Paviliun Cendana. Pada kelas VVIP jumlah hari rawat inap tahun 1999 sebanyak 786 (30%), tahun 2000 sebanyak 801 (30%) dan tahun 2001 sebanyak 1.037 (40%). Kelas VVIP pada tahun 1999 dan 2000 tidak terjadi peningkatan hari perawatan. Kelas VIP A pada tahun 1999 jumlah hari rawat inap sebanyak 3.123 (24%), tahun 2000 sebanyak 4.421 (34%) dan

tahun 2001 sebanyak 5.572 (42%). Kelas VIP B pada tahun 1999 jumlah hari rawat inap sebanyak 9.134 (24%), tahun 2000 sebanyak 12.613 (34%) dan tahun 2001 sebanyak 15.487 (42%). Jumlah hari rawat inap kelas utama pada tahun 1999 adalah 3.318 (32%), tahun 2000 sebanyak 3.267 (31%) dan tahun 2001 sebanyak 3.805 (37%).

3. Jumlah pasien berdasarkan SMF yang melayani pada tahun 2001.

Pada tabel 4.6. di bawah ini dapat diketahui jumlah pasien Paviliun Cendana berdasarkan SMF yang melayani.

Tabel 4.6. Jumlah Pasien Paviliun Cendana RSDMS Berdasar SMF Yang Melayani Pada Tahun 2001

No	SMF	Jumlah	%
1	Anak	414	8,3
2	Bedah	1.474	29,4
3	Gigi	24	0,5
4	Jantung	254	5,2
5	Kebidanan & kandungan	340	6,7
6	Kulit & kelamin	8	0,15
7	Mata	90	1,8
8	Paru	249	5
9	Penyakit dalam	1.509	30
10	Psikiatry	48	1
11	Radiology	8	0,15
12	Saraf	331	6,6
13	T H T	253	5,2
	Jumlah	5.002	100

Sumber : Bagian Administrasi dan Keuangan Paviliun Cendana.

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa pada tahun 2001 jumlah pasien yang dilayani sebanyak 5002. Jumlah pasien yang dilayani SMF Penyakit Dalam sebanyak 1.509 (30%), SMF Bedah 1.474 (29,4%), SMF Anak 414 (8,3%), SMF Kebidanan dan Kandungan 340 (6,7%), SMF Syaraf 331 (6,6%), SMF Jantung 254 (5,2%), SMF THT 253 (5,2%), SMF

Paru 249 (5%), SMF Mata 90 (1,8%), SMF Psikiatri 48 (1%), SMF Gigi dan Mulut 24 (0,5%) dan SMF Radiology 8 (0,13%). Dari data tersebut diketahui bahwa prosentase terbesar dalam melayani pasien pada Paviliun Cendana adalah SMF Penyakit Dalam dan SMF Bedah.

D. IDENTIFIKASI BIAYA PELAYANAN KESEHATAN

1. Hambatan dalam identifikasi biaya pelayanan kesehatan Paviliun Cendana.

Hambatan yang ditemui dalam identifikasi biaya adalah :

- a. Belum adanya pencatatan secara komputerisasi penggunaan anggaran sehingga dalam penelusuran biaya harus dilakukan penelusuran secara manual satu per satu berdasarkan buku pencatatan gudang, masing-masing instalasi serta bidang anggaran.
- b. Belum semua bagian / sub bagian / instalasi mempunyai pencatatan dan pelaporan yang informatif.
- c. Anggaran paviliun dan non paviliun tidak dipisahkan tetapi menjadi satu, pemisahan hanya berdasar penggunaan anggaran / nomor pasal anggaran.
- d. Umur hidup dari peralatan medik dan barang inventaris tidak dapat ditentukan dengan pasti karena tidak ada pencatatannya, sehingga hanya berdasarkan perkiraan.
- e. Pada Paviliun Cendana belum terdapat alat pengukur untuk mengetahui pemakaian listrik dan air bersih sehingga penentuannya menggunakan

perkiraan berdasarkan peralatan yang ada serta jumlah pasien yang dilayani.

2. Dukungan Dalam Identifikasi Biaya Pelayanan Kesehatan Paviliun Cendana.

Dukungan yang didapat dalam identifikasi biaya pelayanan kesehatan Paviliun Cendana adalah :

- a. Adanya ijin dari direksi untuk melakukan pengumpulan data biaya pelayanan kesehatan di Paviliun Cendana.
- b. Adanya sikap kooperatif dari semua kepala bagian / sub bagian / instalasi sehingga memungkinkan pengambilan data dari semua bagian.
- c. Tersedianya pencatatan / buku penggunaan anggaran pada semua bagian yang walaupun belum semuanya informatif dan terperinci tetapi memungkinkan untuk dilakukan penelusuran biaya.

3. Penerimaan Dari Paviliun Cendana.

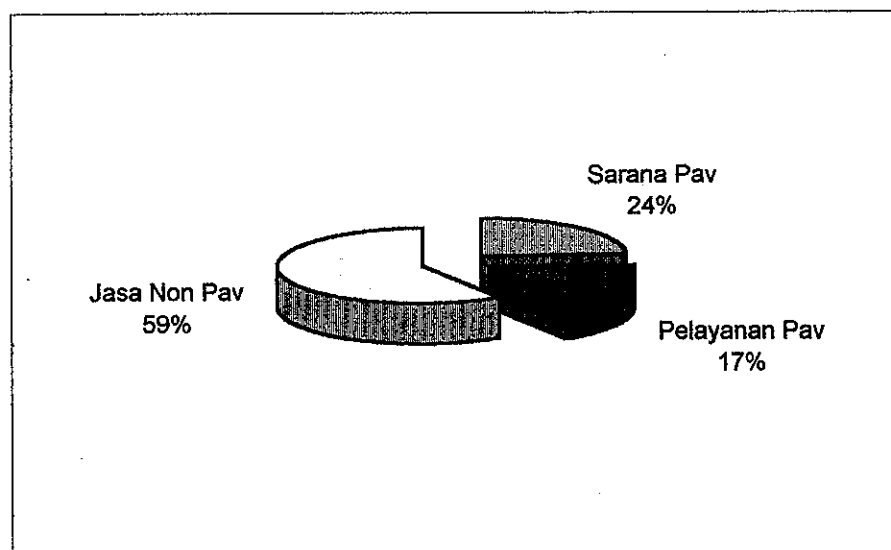
Penerimaan dari Paviliun Cendana meliputi 2 komponen yaitu jasa sarana dan jasa pelayanan. Penerimaan jasa sarana disetorkan kepada Propinsi Jawa Tengah sebagai penerimaan fungsional, sedangkan penerimaan dari komponen jasa pelayanan setelah disetor, diterimakan kembali kepada tenaga medis dan non medis yang berhak menerima setelah dilakukan pemotongan untuk pajak sesuai peraturan yang berlaku dengan perincian pembagian sebagai berikut :

- a. Pasien pribadi

90% diserahkan kepada dokter yang merawat dan 10% dikelola paviliun.

b. Pasien paviliun

70% diserahkan kepada dokter yang merawat dan 30 % dikelola oleh paviliun. Penerimaan rumah sakit pada tahun 2001 sebesar Rp.19.632.440.321 dengan perincian sebagai berikut Rp.11.560.989.286 dari non paviliun dan Rp.8.071.451.035 dari paviliun. Penerimaan dari Paviliun Cendana terdiri dari Rp.4.740.858.400 dari jasa sarana dan Rp. 3.330.592.635 dari jasa pelayanan. Pada gambar berikut ini dapat dilihat penerimaan rumah sakit dari Paviliun Cendana dan non paviliun.



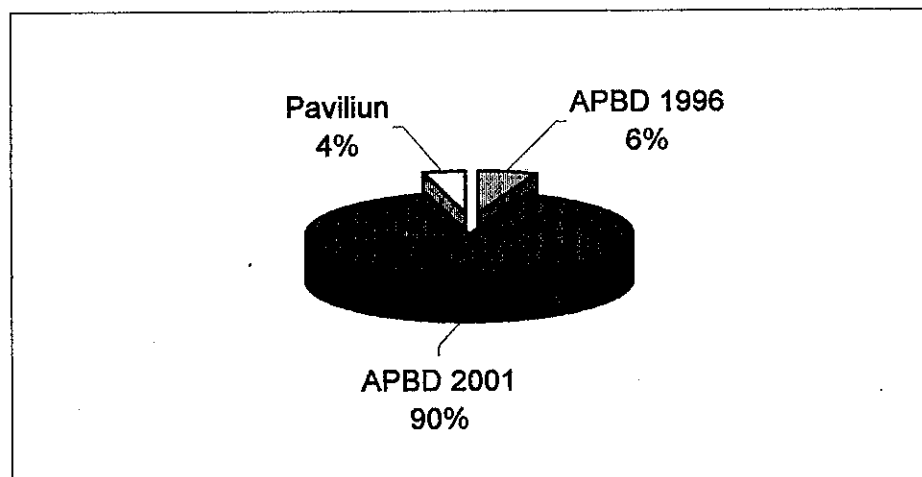
Gambar 4.3. Penerimaan RSDMS Tahun 2001

4. Anggaran Untuk Paviliun Cendana.

Kegiatan pelayanan kesehatan Paviliun Cendana pada tahun 2001 berasal dari 3 sumber dana yaitu :

- a. APBD 1996 untuk biaya investasi dan gedung sebesar Rp. 113.204.639,-
- b. APBD 2001 untuk biaya operasional sebesar Rp. 1.711.597.201,-
- c. Dana paviliun untuk biaya operasional sebesar Rp. 80.376.102,-

Pada gambar berikut ini dapat diketahui penggunaan anggaran untuk Paviliun Cendana pada tahun 2001.



Gambar 4.4. Pembiayaan Paviliun Cendana tahun 2001

Berdasarkan gambar di atas dapat diketahui pada tahun 2001, 90% anggaran berasal dari APBD 2001, 4% dari dana paviliun dan 6% dari

APBD 1996. Sehingga sebagian besar dana operasional Paviliun Cendana berasal dari APBD 2001.

4. Penggolongan Cost Pool Dan Cost Driver

Perhitungan unit cost dengan metode ABC costing menggunakan cost pool dan cost driver. Pada tabel di bawah ini dapat dilihat penggolongan setiap biaya pada masing-masing cost pool dan cost driver.

Tabel 4.7. Penggolongan Biaya Dalam Cost Pool Dan Cost Driver

Jenis Biaya	Cost Pool	Cost Driver
Air bersih	A	Hari rawat inap
Alat makan pasien	B	Jumlah pasien
Alat tulis kantor	C	Hari rawat inap
Alkes pakai habis	B	Jumlah pasien
Bahan pembersih	C	Hari rawat inap
Catatan medik	B	Jumlah pasien
Cleaning service	D	Luas lantai
Fogging ruangan	D	Luas lantai
Gaji	A	Hari rawat inap
Genset	C	Hari rawat inap
Listrik	C	Hari rawat inap
Loundry	B	Jumlah pasien
Makanan pasien	A	Hari rawat inap
Makanan pegawai	E	Hari rawat inap
Pembelian alat listrik	C	Hari rawat inap
Pengolahan limbah cair	B	Jumlah pasien
Pengolahan sampah medis	B	Jumlah pasien
Penyusutan gedung	D	Luas lantai
Penyusutan inventaris	C	Hari rawat inap
Perbaikan elektrik	C	Hari rawat inap
Pertukangan	C	Hari rawat inap
Sewa tanaman	C	Hari rawat inap
Sterilisasi instrumen	B	Jumlah pasien
Telpon	C	Hari rawat inap

5. Perhitungan Unit Cost Kelas VVIP Paviliun Cendana.

Perhitungan unit cost dengan menggunakan metode ABC pada VVIP Paviliun Cendana diawali dengan menghitung total biaya per cost pool. Pada tabel berikut dapat diketahui total biaya per cost pool pada kelas VVIP Paviliun Cendana.

Tabel.4.8. Total Biaya Cost Pool VVIP Paviliun Cendana.

Cost pool	Biaya per cost pool	Total biaya cost pool
Cost pool A		14.830.014.
Makanan pasien	14.584.125	
Air bersih	245.889	
Cost pool B		7.790.879
Alkes pakai habis	2.615.641	
Alat makan pasien	299.540	
Loundry	1.927.475	
Sterilisasi instrumen	255.068	
Limbah cair	2.203.625	
Sampah medis	67.680	
Catatan medik	421.850	
Cost pool C		16.221.499
Penyusutan inventaris A	2.429.366	
Penyusutan inventaris B	597.630	
Alat tulis kantor	281.712	
Bahan pembersih	50.278	
Pertukangan	711.808	
Perbaikan elektrik	1.560.860	
Pembelian alat listrik	242.932	
Listrik	7.816.962	
Telpon	1.749.933	
Genset	578.418	
Sewa tanaman	201.600	
Cost pool D		8.118.590
Penyusutan gedung	4.674.364	
Cleaning service	2.592.668	
Fogging ruangan	851.558	
Cost pool E		41.607.019
Gaji	41.144.736	
Makanan pegawai	462.283	

Tabel 4.9. Aktivitas kelas VVIP Paviliun Cendana.

Jenis aktivitas V V I P	Besar aktivitas
Jumlah pasien	143
Hari rawat inap	1037
Luas lantai	305,51

Tabel. 4.10. Perhitungan unit cost kelas VVIP Paviliun/Cendana.

Cost pool	Keterangan	Total biaya	Total aktivitas	Unit-cost per cost driver
A	Unit related	14.830.014	1.037	14.300
B	Batch related	7.790.879	143	54.482
C	Facility sustaining	16.221.499	1.037	15.642
D	Facility sustaining	8.118.590	305,51	26.574
E	Unit related	41.607.019	1.037	40.122
	Unit cost total			151.120

Berdasarkan perhitungan di atas maka unit cost kelas VVIP adalah sebesar Rp. 151.120,-.

6. Perhitungan Unit Cost Kelas VIP A Paviliun Cendana tahun 2001

Perhitungan unit cost kelas VIP A paviliun dengan metode ABC costing dilakukan dengan cara mengumpulkan total biaya *cost pool* kemudian dibagi total aktivitas untuk mendapatkan tarip. Pada tabel di bawah ini dapat dilihat perhitungan unit cost kelas VIP A Paviliun Cendana pada tahun 2001.

Tabel. 4.11. Total Biaya Per Cost Pool VIP A Paviliun Cendana.

Cost pool	Biaya per cost pool	Total biaya cost pool
Cost pool A		81.261.667
Makanan pasien	79.970.330	
Air bersih	1.291.337	
Cost pool B		40.791.217
Alkes pakai habis	12.360.581	
Alat makan pasien	1.237.045	
Loundry	12.315.953	
Sterilisasi instrumen	775.218	
Limbah cair	11.840.500	
Sampah medis	350.320	
Catatan medik	1.911.600	
Cost pool C		91.400.740
Penyusutan iventarisA	14.077.304	
Penyusutan iventarisB	8.595.555	
Alat tulis kantor	1.499.841	
Bahan pembersih	284.900	
Pertukangan	3.736.994	
Perbaikan elektrik	8.194.515	
Pembelian alat listrik	1.275.393	
Listrik	41.039.033	
Telpon	9.187.121	
Genset	2.602.884	
Sewa tanaman	907.200	
Cost pool D		24.112.868
Penyusutan gedung	15.011.228	
Cleaning service	8.326.114	
Fogging ruangan	775.526	
Cost pool E		218.189.209
Gaji	216.009.864	
Makanan pegawai	2.179.345	

Tabel. 4.12. Aktivitas Kelas VIP A Paviliun Cendana

Jenis aktivitas V I P A	Besar aktivitas
Jumlah pasien	648
Hari rawat inap	5572
Luas lantai	981,13

Tabel 4.13. Perhitungan Unit Cost VIP A Paviliun Cendana

Cost pool	Keterangan	Total biaya	Total aktivitas	Unit cost per cost driver
A	Unit related	81.261.667	5.572	14.584
B	Batch related	40.791.217	648	62.949
C	Facility sustaining	91.400.740	5.572	16.403
D	Facility sustaining	24.112.868	81,13	24.577
E	Unit related	218.189.209	5.572	39.158
	Unit cost total			157.671

Berdasarkan perhitungan diatas maka unit cost kelas VIP A adalah sebesar Rp. 157.671,-.

7. Perhitungan Unit Cost Kelas VIP B Paviliun Cendana.

Perhitungan unit cost kelas VIP B dengan metode ABC, pada langkah pertama menghitung biaya per cost pool. Kemudian biaya ini dibagi total aktivitas untuk mendapatkan unit cost. Pada tabel-tabel di bawah ini dapat diketahui perhitungan untuk mendapatkan unit cost kelas VIP B.

Tabel 4.14. Total Biaya Cost Pool VIP B Paviliun Cendana

Cost pool	Biaya per cost pool	Total biaya Cost pool
Cost pool A		232.320.636
Makanan pasien	228.699.085	
Air bersih	3621.551	
Cost pool B		102.745.999
Alkes pakai habis	18.683.155	
Alat makan pasien	4.043.790	
Loundry	34.498.255	
Sterilisasi instrumen	1.688.844	
Limbah cair	32.909.875	
Sampah medis	998.280	
Catatan medik	9.923.800	
Cost pool C		238.700.591
Penyusutan InventarisA	42.308.969	
Penyusutan InventarisB	2.449.525	
Alat tulis kantor	4.200.792	
Bahan pembersih	799.300	
Pertukangan	10.499.174	
Perbaikan elektrik	23.022.685	
Pembelian alat listrik	3.583.247	
Listrik	115.300.194	
Telpon	25.811.441	
Genset	7.953.264	
Sewa tanaman	2.772.000	
Cost pool D		37.294.701
Penyusutan gedung	23.020.686	
Cleaning service	12.768.581	
Fogging ruangan	1.505.434	
Cost pool E		610.097.219
Gaji	606.884.856	
Makanan pegawai	3.212.363	

Tabel 4.15. Aktivitas VIP B Paviliun Cendana

Jenis aktivitas V I P B	Besar aktivitas
Jumlah pasien	3.364
Hari rawat inap	15.487
Luas lantai	1.504,62

Tabel 4.16. Perhitungan Unit Cost VIP B Paviliun Cendana

Cost pool	Keterangan	Total biaya	Total aktivitas	Unit cost per cost driver
A	Unit related	232.320.636	15.487	14.584
B	Batch related	102.745.999	3.364	30.542
C	Facility sustaining	238.700.591	15.487	15.412
D	Facility sustaining	37.294.701	1.504,62	24.786
E	Unit related	610.097.219	15.487	39.394
	Unit cost total			124.718

Berdasarkan perhitungan diatas maka unit cost kelas VIP B adalah sebesar Rp. 124.718,-.

8. Perhitungan Unit Cost Kelas Utama Paviliun Cendana tahun 2001.

Perhitungan unit cost kelas utama Paviliun Cendana yang dilakukan dengan menggunakan ABC, langkah pertama yang dilakukan adalah menghitung biaya setiap cost pool. Biaya tersebut kemudian dibagi aktivitas masing-masing cost driver untuk mendapatkan unit cost.

Tabel.4.17. Perhitungan Unit Cost Kelas Utama Paviliun Cendana.

Cost pool	Biaya per cost pool	Total biaya cost pool
Cost pool A		45.774.006
Makanan pasien	44.790.450	
Air bersih	983.556	
Cost pool B		24.024.692
Alkes pakai habis	3.736.631	
Alat makan pasien	1.647.470	
Loundry	7.208.090	
Sterilisasi instrumen	577.956	
Limbah cair	8.085.625	
Sampah medis	270.270	
Catatan medik	2.498.650	
Cost pool C		67.937.910
Penyusutan inventaris A	7.157.900	
Penyusutan inventaris B	1.527.017	
Alat tulis kantor	6.243.440	
Bahan pembersih	194.472	
Pertukangan	2.847.234	
Perbaikan elektrik	6.243.440	
Pembelian alat listrik	971.728	
Listrik	31.267.849	
Telpon	6.999.716	
Genset	3.325.914	
Sewa tanaman	1.159.200	
Cost pool D		7.734.039
Penyusutan gedung	4.524.822	
Cleaning service	2.509.723	
Fogging ruangan	699.494	
Cost pool E		165.237.909
Gaji	164.578.944	
Makanan pegawai	658.965	

Tabel. 4.18. Aktivitas Kelas Utama Paviliun Cendana.

Jenis aktivitas kelas Utama	Besar aktivitas
Jumlah pasien	847
Hari rawat inap	3.805
Luas lantai	295,74

Tabel.4.19. Perhitungan Unit Cost Kelas Utama Paviliun Cendana.

Cost pool	Keterangan	Total biaya	Total aktivitas	Unit cost per cost driver
A	Unit related	45.774.006	3.805	12.030
B	Batch related	24.024.692	847	28.365
C	Facility sustaining	67.937.910	3.805	17.854
D	Facility sustaining	7.734.039	95,74	26.151
E	Unit related	165.237.909	3.805	43.426
	Unit cost total			127.826

Berdasarkan perhitungan di atas maka dapat diketahui unit cost kelas Utama Paviliun Cendana adalah Rp.127.826,-.

E. HASIL PERHITUNGAN UNIT COST TANPA GAJI.

RSDM Surakarta adalah rumah sakit milik pemerintah daerah dan juga merupakan lahan pendidikan, sehingga gaji pegawai merupakan tanggung jawab pemerintah. Pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan RSDM selain menjalankan program pemerintah daerah juga menjalankan program Departemen Kesehatan sehingga dalam operasionalnya mendapatkan bantuan baik dari pemerintah daerah maupun pemerintah pusat yang berupa gedung dan barang inventaris. Berdasarkan hal tersebut maka dilakukan perhitungan unit cost dari masing – masing kelas yang berupa biaya tanpa gaji, tanpa investasi serta tanpa gaji dan investasi.

1. Perhitungan unit cost kelas tanpa gaji VVIP

Tabel.4.20. Perhitungan Cost Pool Tanpa Gaji Kelas VVIP

Cost pool	Biaya per cost pool	Total biaya cost pool
Cost pool A		14.830.014.
Makanan pasien	14.584.125	
Air bersih	245.889	
Cost pool B		7.790.879
Alkes pakai habis	2.615.641	
Alat makan pasien	299.540	
Loundry	1.927.475	
Sterilisasi instrumen	255.068	
Limbah cair	2.203.625	
Sampah medis	67.680	
Catatan medik	421.850	
Cost pool C		16.221.499
Penyusutan inventaris A	2.429.366	
Penyusutan inventaris B	597.630	
Alat tulis kantor	281.712	
Bahan pembersih	50.278	
Pertukangan	711.808	
Perbaikan elektrik	1.560.860	
Pembelian alat listrik	242.932	
Listrik	7.816.962	
Telpon	1.749.933	
Genset	578.418	
Sewa tanaman	201.600	
Cost pool D		8.118.590
Penyusutan gedung	4.674.364	
Cleaning service	2.592.668	
Fogging ruangan	851.558	
Cost pool E		462.283
Makanan pegawai	462.283	

Tabel. 4.21. Unit Cost Tanpa Gaji VVIP.

Cost pool	Keterangan	Total biaya	Total aktivitas	Unit cost per cost driver
A	Unit related	14.830.014	1.037	14.300
B	Batch related	7.790.879	143	54.482
C	Facility sustaining	16.221.499	1.037	15.642
D	Facility sustaining	8.118.590	305,51	26.574
E	Unit related	462.283	1.037	445
	Unit cost			111.443

Berdasarkan perhitungan di atas maka unit cost tanpa gaji kelas VVIP adalah sebesar Rp. 111.443,-.

2. Perhitungan unit cost kelas tanpa gaji VIP A.

Tabel. 4.22. Perhitungan Cost Pool Tanpa Gaji VIP A.

Cost pool	Biaya per cost pool	Total biaya cost pool
Cost pool A		81.261.667
Makanan pasien	79.970.330	
Air bersih	1.291.337	
Cost pool B		40.832.217
Alkes pakai habis	12.360.581	
Alat makan pasien	1.237.045	
Loundry	12.315.953	
Sterilisasi instrumen	775.218	
Limbah cair	11.840.500	
Sampah medis	350.320	
Catatan medik	1.911.600	
Cost pool C		91.400.740
Penyusutan iventarisA	14.077.304	
Penyusutan iventarisB	8.595.555	
Alat tulis kantor	1.499.841	
Bahan pembersih	284.900	
Pertukangan	3.736.994	
Perbaikan elektrik	8.194.515	
Pembelian alat listrik	1.275.393	
Listrik	41.039.033	
Telpon	9.187.121	
Genset	2.602.884	
Sewa tanaman	907.200	
Cost pool D		24.112.868
Penyusutan gedung	15.011.228	
Cleaning service	8.326.114	
Fogging ruangan	775.526	
Cost pool E		2.179.345
Makanan pegawai	2.179.345	

Tabel.4.23. Perhitungan Unit Cost Tanpa Gaji Kelas VIP A

Cost pool	Keterangan	Total biaya	Total aktivitas	Unit cost per cost driver
A	Unit related	81.261.667	5.572	14.584
B	Batch related	40.791.217	648	62.949
C	Facility sustaining	91.400.740	5.572	16.403
D	Facility sustaining	24.112.868	981,13	24.577
E	Unit related	2.179.345	5.572	391
	Unit cost total			118.904

Berdasarkan perhitungan di atas maka perhitungan unit cost kelas VIP

A tanpa gaji adalah sebesar Rp. 118.904,-.

3. Perhitungan unit cost kelas tanpa gaji VIP B.

Tabel. 4.24. Perhitungan Cost Pool Tanpa Gaji VIP B.

Cost pool	Biaya per cost pool	Total biaya cost pool
Cost pool A		232.320.636
Makanan pasien	228.699.085	
Air bersih	3.621.551	
Cost pool B		102.745.999
Alkes pakai habis	18.683.155	
Alat makan pasien	4.043.790	
Loundry	34.498.255	
Sterilisasi instrumen	1.688.844	
Limbah cair	32.909.875	
Sampah medis	998.280	
Catatan medik	9.923.800	
Cost pool C		238.700.591
Penyusutan inventarisA	42.308.969	
Penyusutan inventarisB	2.449.525	
Alat tulis kantor	4.200.792	
Bahan pembersih	799.300	
Pertukangan	10.499.174	
Perbaikan elektrik	23.022.685	
Pembelian alat listrik	3.583.247	
Listrik	115.300.194	
Telpon	25.811.441	
Genset	7.953.264	
Sewa tanaman	2.772.000	
Cost pool D		37.294.701
Penyusutan gedung	23.020.686	
Cleaning service	12.768.581	
Fogging ruangan	1.505.434	
Cost pool E		3.212.363
Makanan pegawai	3.212.363	

Tabel.4.25. Perhitungan unit cost tanpa gaji VIP B

Cost pool	Keterangan	Total biaya	Total aktivitas	Unit cost per cost driver
A	Unit related	232.320.636	15.487	15.001
B	Batch related	102.745.999	3.364	30.542
C	Facility sustaining	238.700.591	15.487	15.412
D	Facility sustaining	37.294.701	1.504,62	24.786
E	Unit related	3.212.363	15.487	207
	Unit cost total			85.948

Berdasarkan perhitungan di atas maka unit cost kelas VIP B tanpa gaji adalah sebesar Rp. 85.948,-.

4. Perhitungan unit cost tanpa gaji Kelas Utama

Tabel. 4.26. Perhitungan Cost Pool Tanpa Gaji Kelas Utama.

Cost pool	Biaya per cost pool	Total biaya cost pool
Cost pool A		45.774.006
Makanan pasien	44.790.450	
Air bersih	983.556	
Cost pool B		24.025.142
Alkes pakai habis	3.736.631	
Alat makan pasien	1.647.470	
Loundry	7.208.090	
Sterilisasi instrumen	577.956	
Limbah cair	8.085.625	
Sampah medis	270.270	
Catatan medik	2.498.650	
Cost pool C		67.937.910
Penyusutan inventaris A	7.157.900	
Penyusutan inventaris B	1.527.017	
Alat tulis kantor	6.243.440	
Bahan pembersih	194.472	
Pertukangan	2.847.234	
Perbaikan elektrik	6.243.440	
Pembelian alat listrik	971.728	
Listrik	31.267.849	
Telpon	6.999.716	
Genset	3.325.914	
Sewa tanaman	1.159.200	
Cost pool D		7.734.039
Penyusutan gedung	4.524.822	
Cleaning service	2.509.723	
Fogging ruangan	699.494	
Cost pool E		658.965
Makanan pegawai	658.965	

Tabel 4.27. Perhitungan Unit Cost Tanpa Gaji Kelas Utama

Cost pool	Keterangan	Total biaya	Total aktivitas	Unit cost per cost driver
A	Unit related	45.774.006	3.805	12.030
B	Batch related	24.024.692	847	28.365
C	Facility sustaining	67.937.910	3.085	22.022
D	Facility sustaining	7.734.039	295,74	26.151
E	Unit related	658.965	3.085	214
	Unit cost			88.782

Berdasarkan perhitungan tersebut di atas unit cost kelas Utama tanpa gaji adalah sebesar Rp.88.782,-.

F. ANALISIS BIAYA TANPA INVESTASI

Investasi pada Paviliun Cendana berasal dari dana pemerintah berasal dari APBD 1996 dan dana Paviliun Cendana. Pada perhitungan analisis biaya tanpa investasi, investasi yang tidak dihitung adalah yang berasal dari APBD 1996 berupa penyusutan gedung dan inventaris sedangkan yang dihitung adalah yang berasal dari dana Paviliun Cendana.

1. Perhitungan unit cost kelas tanpa investasi VVIP.

Tabel.4.28. Perhitungan Cost Pool Tanpa Investasi VVIP

Cost pool	Biaya per cost pool	Total biaya cost pool
Cost pool A		14.830.014.
Makanan pasien	14.584.125	
Air bersih	245.889	
Cost pool B		7.790.879
Alkes pakai habis	2.615.641	
Alat makan pasien	299.540	
Loundry	1.927.475	
Sterilisasi instrumen	255.068	
Limbah cair	2.203.625	
Sampah medis	67.680	
Catatan medik	421.850	
Cost pool C		13.792.133
Penyusutan inventaris B	597.630	
Alat tulis kantor	281.712	
Bahan pembersih	50.278	
Pertukangan	711.808	
Perbaikan elektrik	1.560.860	
Pembelian alat listrik	242.932	
Listrik	7.816.962	
Telpon	1.749.933	
Genset	578.418	
Sewa tanaman	201.600	
Cost pool D		3.444.226
Cleaning service	2.592.668	
Fogging ruangan	851.558	
Cost pool E		41.607.019
Gaji	41.144.736	
Makanan pegawai	462.283	

Tabel 4.29. Perhitungan Unit Cost Tanpa Investasi VVIP

Cost pool	Keterangan	Total biaya	Total aktivitas	Unit cost per cost driver
A	Unit related	14.830.014	1.037	14.300
B	Batch related	7.790.879	143	54.482
C	Facility sustaining	13.792.133	1.037	13.300
D	Facility sustaining	3.444.226	305,51	11.273
E	Unit related	41.607.019	1.037	40.122
	Unit cost			133.477

Berdasarkan perhitungan di atas unit cost kelas VVIP tanpa investasi adalah sebesar Rp. 133.477,-.

2. Perhitungan unit cost tanpa biaya investasi kelas VIP A

Tabel. 4.30. Perhitungan Cost Pool Tanpa Investasi VIP A

Cost pool	Biaya per cost pool	Total biaya cost pool
Cost pool A		81.261.667
Makanan pasien	79.970.330	
Air bersih	1.291.337	
Cost pool B		40.791.217
Alkes pakai habis	12.360.581	
Alat makan pasien	1.237.045	
Loundry	12.315.953	
Sterilisasi instrumen	775.218	
Limbah cair	11.840.500	
Sampah medis	350.320	
Catatan medik	1.911.600	
Cost pool C		77.323.436
Penyusutan inventarisB	8.595.555	
Alat tulis kantor	1.499.841	
Bahan pembersih	284.900	
Pertukangan	3.736.994	
Perbaikan elektrik	8.194.515	
Pembelian alat listrik	1.275.393	
Listrik	41.039.033	
Telpon	9.187.121	
Genset	2.602.884	
Sewa tanaman	907.200	
Cost pool D		9.101.640
Cleaning service	8.326.114	
Fogging ruangan	775.526	
Cost pool E		218.189.209
Gaji	216.009.864	
Makanan pegawai	2.179.345	

Tabel.4.31. Perhitungan Unit Cost Tanpa Investasi Kelas VIP A

Cost pool	Keterangan	Total biaya	Total aktivitas	Unit cost per cost driver
A	Unit related	81.261.667	5.572	14.584
B	Batch related	40.791.217	648	62.949
C	Facility sustaining	77.323.436	5.572	13.860
D	Facility sustaining	9.101.640	981,13	9.276
E	Unit related	218.189.209	5.572	39.158
	Unit cost			139.827

Berdasarkan perhitungan di atas unit cost kelas VIP A tanpa biaya investasi adalah sebesar Rp. 139.827,-.

3. Perhitungan unit cost kelas tanpa biaya investasi VIP B.

Tabel. 4.32. Perhitungan Cost Pool Tanpa Investasi VIP B

Cost pool	Biaya per cost pool	Total biaya cost pool
Cost pool A		232.320.636
Makanan pasien	228.699.085	
Air bersih	3.621.551	
Cost pool B		102.745.999
Alkes pakai habis	18.683.155	
Alat makan pasien	4.043.790	
Loundry	34.498.255	
Sterilisasi instrumen	1.688.844	
Limbah cair	32.909.875	
Sampah medis	998.280	
Catatan medik	9.923.800	
Cost pool C		196.391.622
Penyusutan inventarisB	2.449.525	
Alat tulis kantor	4.200.792	
Bahan pembersih	799.300	
Pertukangan	10.499.174	
Perbaikan elektrik	23.022.685	
Pembelian alat listrik	3.583.247	
Listrik	115.300.194	
Telpon	25.811.441	
Genset	7.953.264	
Sewa tanaman	2.772.000	
Cost pool D		14.274.015
Cleaning service	12.768.581	
Fogging ruangan	1.505.434	
Cost pool E		610.097.219
Gaji	606.884.856	
Makanan pegawai	3.212.363	

Tabel.4.33. Perhitungan Unit Cost Tanpa Investasi Kelas VIP B.

Cost pool	Keterangan	Total biaya	Total aktivitas	Unit cost per cost driver
A	Unit related	232.320.636	15.487	15.001
B	Batch related	102.745.999	3.364	30.542
C	Facility sustaining	196.391.622	15.487	12.681
D	Facility sustaining	14.274.015	1.504,62	9.486
E	Unit related	610.097.219	15.487	39.394
	Unit cost total			107.104

Berdasarkan perhitungan di atas unit cost kelas VIP B tanpa biaya investasi adalah sebesar Rp. 107.104,-.

4. Perhitungan unit cost tanpa biaya investasi kelas Utama.

Tabel. 4.34. Perhitungan Cost Pool Tanpa Investasi kelas Utama.

Cost pool	Biaya per cost pool	Total biaya cost pool
Cost pool A		45.774.006
Makanan pasien	44.790.450	
Air bersih	983.556	
Cost pool B		24.025.142
Alkes pakai habis	3.736.631	
Alat makan pasien	1.647.470	
Loundry	7.208.090	
Sterilisasi instrumen	577.956	
Limbah cair	8.085.625	
Sampah medis	270.270	
Catatan medik	2.498.650	
Cost pool C		60.780.010
Penyusutan inventaris B	1.527.017	
Alat tulis kantor	6.243.440	
Bahan pembersih	194.472	
Pertukangan	2.847.234	
Perbaikan elektrik	6.243.440	
Pembelian alat listrik	971.728	
Listrik	31.267.849	
Telpon	6.999.716	
Genset	3.325.914	
Sewa tanaman	1.159.200	
Cost pool D		3.209.217
Cleaning service	2.509.723	
Fogging ruangan	699.494	
Cost pool E		165.237.909
Gaji	164.578.944	
Makanan pegawai	658.965	

Tabel.4.35. Perhitungan Unit Cost Tanpa Investasi kelas Utama.

Cost pool	Keterangan	Total biaya	Total aktivitas	Unit cost per cost driver
A	Unit related	45.774.006	3.805	12.029
B	Batch related	24.025.142	847	28.365
C	Facility sustaining	60.780.010	3.085	19.701
D	Facility sustaining	3.209.217	295,74	10.851
E	Unit related	165.237.909	3.805	43.426
	Unit cost total			114.372

Berdasarkan perhitungan di atas maka unit cost kelas utama tanpa biaya investasi adalah Rp. 114.372,-.

G. ANALISIS BIAYA TANPA GAJI DAN INVESTASI

1. Perhitungan unit cost tanpa gaji dan investasi kelas VVIP

Tabel.4.36. Perhitungan Cost Pool Tanpa Gaji Dan Investasi VVIP.

Cost pool	Biaya per cost pool	Total biaya cost pool
Cost pool A		14.830.014.
Makanan pasien	14.584.125	
Air bersih	245.889	
Cost pool B		7.790.879
Alkes pakai habis	2.615.641	
Alat makan pasien	299.540	
Loundry	1.927.475	
Sterilisasi instrumen	255.068	
Limbah cair	2.203.625	
Sampah medis	67.680	
Catatan medik	421.850	
Cest pool C		13.792.133
Penyusutan inventaris B	597.630	
Alat tulis kantor	281.712	
Bahan pembersih	50.278	
Pertukangan	711.808	
Perbaikan elektrik	1.560.860	
Pembelian alat listrik	242.932	
Listrik	7.816.962	
Telpon	1.749.933	
Genset	578.418	
Sewa tanaman	201.600	
Cost pool D		3.444.226
Cleaning service	2.592.668	
Fogging ruangan	851.558	
Cost pool E		462.283
Makanan pegawai	462.283	

Tabel. 4.37. Perhitungan Unit Cost Tanpa Gaji Dan Investasi VVIP

Cost pool	Keterangan	Total biaya	Total aktivitas	Unit cost per cost driver
A	Unit related	14.830.014	1.037	14.300
B	Batch related	7.790.879	143	54.482
C	Facility sustaining	13.792.133	1.037	13.300
D	Facility sustaining	3.444.226	305,51	11.273
E	Unit related	462.283	1.037	445
	Unit cost total			93.800

Berdasarkan perhitungan tersebut maka unit cost kelas VVIP tanpa biaya gaji dan investasi adalah Rp. 93.800,-.

2. Perhitungan unit cost tanpa gaji dan investasi kelas VIP A.

Tabel. 4.38. Perhitungan Cost Pool Tanpa Gaji Dan Investasi VIP A

Cost pool	Biaya per cost pool	Total biaya cost pool
Cost pool A		81.261.667
Makanan pasien	79.970.330	
Air bersih	1.291.337	
Cost pool B		40.791.217
Alkes pakai habis	12.360.581	
Alat makan pasien	1.237.045	
Loundry	12.315.953	
Sterilisasi instrumen	775.218	
Limbah cair	11.840.500	
Sampah medis	350.320	
Catatan medik	1.911.600	
Cost pool C		77.323.436
Penyusutan inventarisB	8.595.555	
Alat tulis kantor	1.499.841	
Bahan pembersih	284.900	
Pertukangan	3.736.994	
Perbaikan elektrik	8.194.515	
Pembelian alat listrik	1.275.393	
Listrik	41.039.033	
Telpon	9.187.121	
Genset	2.602.884	
Sewa tanaman	907.200	
Cost pool D		9.101.640
Cleaning service	8.326.114	
Fogging ruangan	775.526	
Cost pool E		2.179.345
Makanan pegawai	2.179.345	

Tabel.4.39. Perhitungan Unit Cost Tanpa Gaji dan Investasi VIP A.

Cost pool	Keterangan	Total biaya	Total aktivitas	Unit cost per cost driver
A	Unit related	81.261.667	5.572	14.584
B	Batch related	40.791.217	648	62.949
C	Facility sustaining	77.323.436	5.572	13.877
D	Facility sustaining	9.101.640	981,13	9.276
E	Unit related	2.179.345	5.572	391
	Unit cost total			101.077

Berdasarkan perhitungan di atas maka unit cost kelas VIP A tanpa biaya gaji dan investasi adalah Rp. 101.077,-.

3. Perhitungan unit cost kelas tanpa gaji dan investasi VIP B.

Tabel. 4.40. Perhitungan Cost Pool Tanpa Gaji Dan-Investasi VIP B

Cost pool	Biaya per cost pool	Total biaya cost pool
Cost pool A		232.320.636
Makanan pasien	228.699.085	
Air bersih	3.621.551	
Cost pool B		102.745.999
Alkes pakai habis	18.683.155	
Alat makan pasien	4.043.790	
Loundry	34.498.255	
Sterilisasi instrumen	1.688.844	
Limbah cair	32.909.875	
Sampah medis	998.280	
Catatan medik	9.923.800	
Cost pool C		196.391.622
Penyusutan inventarisB	2.449.525	
Alat tulis kantor	4.200.792	
Bahan pembersih	799.300	
Pertukangan	10.499.174	
Perbaikan elektrik	23.022.685	
Pembelian alat listrik	3.583.247	
Listrik	115.300.194	
Telpon	25.811.441	
Genset	7.953.264	
Sewa tanaman	2.772.000	
Cost pool D		14.274.015
Cleaning service	12.768.581	
Fogging ruangan	1.505.434	
Cost pool E		3.212.363
Makanan pegawai	3.212.363	

Tabel.4.41. Perhitungan Unit Cost Tanpa Gaji Dan Investasi VIP B.

Cost pool	Keterangan	Total biaya	Total aktivitas	Unit cost per cost driver
A	Unit related	232.320.636	15.487	15.001
B	Batch related	102.745.999	3.364	30.542
C	Facility sustaining	196.391.622	15.487	12.681
D	Facility sustaining	14.274.015	1.504.62	9.486
E	Unit related	3.212.363	15.487	207
	Unit cost			67.917

Berdasarkan perhitungan tersebut di atas unit cost kelas VIP B tanpa gaji dan investasi adalah sebesar Rp.67.917,-.

4. Perhitungan unit cost kelas utama tanpa gaji dan investasi

Tabel. 4.42. Perhitungan Cost Pool Tanpa Gaji Dan Investasi kelas Utama

Cost pool	Biaya per cost pool	Total biaya cost pool
Cost pool A		45.774.006
Makanan pasien	44.790.450	
Air bersih	983.556	
Cost pool B		24.024.692
Alkes pakai habis	3.736.631	
Alat makan pasien	1.647.470	
Loundry	7.208.090	
Sterilisasi instrumen	577.956	
Limbah cair	8.085.625	
Sampah medis	270.270	
Catatan medik	2.498.650	
Cost pool C		60.780.010
Penyusutan inventaris B	1.527.017	
Alat tulis kantor	6.243.440	
Bahan pembersih	194.472	
Pertukangan	2.847.234	
Perbaikan elektrik	6.243.440	
Pembelian alat listrik	971.728	
Listrik	31.267.849	
Telpon	6.999.716	
Genset	3.325.914	
Sewa tanaman	1.159.200	
Cost pool D		3.209.217
Cleaning service	2.509.723	
Fogging ruangan	699.494	
Cost pool E		658.965
Makanan pegawai	658.965	

Tabel.4.43. Perhitungan Unit Cost Tanpa Gaji Dan Investasi klas Utama

Cost pool	Keterangan	Total biaya	Total aktivitas	Tarif / cost driver
A	Unit related	45.774.006	3.805	12.030
B	Batch related	24.024.692	847	28.365
C	Facility sustaining	60.780.010	3.085	19.701
D	Facility sustaining	3.209.217	295,74	10.851
E	Unit related	658.965	3.805	173
	Unit cost			71.120

Berdasarkan perhitungan di atas maka unit cost kelas utama tanpa biaya gaji dan investasi adalah sebesar Rp.71.120,-.

F. ANALISIS TITIK IMPAS

Perhitungan analisis titik impas dilakukan pada unit cost tanpa gaji dan investasi, dengan alasan sebagai rumah sakit milik pemerintah komponen tersebut merupakan subsidi pemerintah. Analisis titik impas dengan pendekatan ABC dihitung dengan rumus sebagai berikut :

$$X = \frac{\text{Facility sustaining cost} + \text{Batch related cost} + \text{Product sustaining}}{\text{Harga jual per unit} - \text{unit level cost per unit}}$$

1. Analisis Titik Impas Kelas VVIP.

a. Titik impas pada tarip baru.

Tarip baru kelas VVIP sebesar Rp. 220.000,-

$$\begin{aligned}
 X &= \frac{13.195.000 + 3.444.226 + 7.790.879}{220.000 - 14.745} \\
 &= 119
 \end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan tersebut diatas, titik impas kelas VVIP pada tarip baru dicapai jika telah memberikan pelayanan pada 119 pasien.

- b. Titik impas pada tarip sekarang.

Tarip sekarang pada pelayanan kelas VVIP adalah Rp.100.000,-

$$X = \frac{13.195.000 + 3.444.226 + 7.790.879}{100.000 - 14.745}$$

$$= 286$$

Berdasarkan perhitungan di atas, pada tarip lama titik impas VVIP tercapai jika sudah mencapai pasien sebanyak 286.

2. Analisis Titik Impas Kelas VIP A

- a. Titik impas tarip baru.

$$X = \frac{68.727.881 + 9.101.640 + 40.832.217}{130.000 - 14.975}$$

$$= 1.105$$

Berdasarkan perhitungan tersebut di atas, titik impas tarip baru kelas VIP A dapat tercapai jika telah memberikan pelayanan terhadap 1.105 pasien.

- b. Titik impas tarip sekarang.

$$X = \frac{68.727.881 + 9.101.640 + 40.832.217}{75.000 - 14.975}$$

$$= 2.119$$

Berdasarkan perhitungan tersebut di atas, titik impas tarip lama kelas VIP A dapat tercapai jika telah memberikan pelayanan terhadap 2.119 pasien.

3. Analisis Titik Impas Kelas VIP B.

a. Titik impas tarip baru

$$\begin{aligned}
 X &= \frac{196.391.662 + 14.274.015 + 102.745.999}{95.000 - 15.208} \\
 &= 3.927
 \end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan tersebut di atas, titik impas tarip baru kelas VIP B dapat tercapai jika telah memberikan pelayanan terhadap 3.927 pasien.

b. Titik impas tarip sekarang.

$$\begin{aligned}
 X &= \frac{196.391.662 + 14.274.015 + 102.745.999}{50.000 - 15.208} \\
 &= 9.008
 \end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan tersebut di atas, titik impas tarip lama kelas VIP B dapat tercapai jika telah memberikan pelayanan terhadap 9.008 pasien.

4. Analisis Titik Impas Kelas Utama.

a. Titik impas tarip baru.

$$\begin{aligned}
 X &= \frac{60.780.010 + 24.024.692 + 3.209.217}{70.000 - 12.203} \\
 &= 1.522
 \end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan tersebut di atas, titik impas tarip baru kelas utama dapat dicapai jika telah memberikan pelayanan terhadap 1.522 pasien

b. Titik impas tarip sekarang.

$$X = \frac{60.780.010 + 24.024.692 + 3.209.217}{38.000 - 12.203}$$

$$= 3.411$$

Berdasarkan perhitungan tersebut di atas, titik impas kelas utama dapat dicapai jika telah memberikan pelayanan terhadap 3.411 pasien.

G. Hasil Wawancara Mendalam

Wawancara mendalam dilakukan terhadap beberapa orang dengan hasil sebagai berikut :

1. Hasil wawancara mendalam dengan Wakil Direktur Umum dan Keuangan.

Paviliun Cendana direncanakan saat penggabungan 2 lokasi / komplek sehingga sudah dimasukkan dalam Rencana Induk dan memang dialokasikan untuk pelayanan kelas paviliun.

Tujuan dari pembentukan Paviliun Cendana adalah :

- a. Menampung animo masyarakat menengah keatas yang menginginkan pelayanan kesehatan yang lebih baik dari rumah sakit pemerintah.
- b. Meningkatkan kemampuan bersaing terhadap rumah sakit swasta disekelilingnya.

- c. Meningkatkan pendapatan rumah sakit dalam rangka menerapkan kebijakan subsidi silang.

Pembiayaan Paviliun Cendana berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) namun tidak secara khusus dialokasikan untuk paviliun, tetapi menjadi satu dengan penggunaan untuk kegiatan non-paviliun. Sumber lain dari pembiayaan Paviliun Cendana adalah penggunaan sebagian jasa pelayanan. Secara umum tidak ada masalah dalam hal pembiayaan Paviliun Cendana, hanya saja sampai saat ini belum diketahui belum pernah diketahui secara pasti penggunaan anggaran untuk Paviliun Cendana karena belum semua bagian / sub bagian / instalasi memilahkannya dalam pelaporannya.

Penentuan tarif Paviliun Cendana ditentukan berdasarkan beberapa prinsip yaitu dapat meningkatkan pendapatan rumah sakit, meningkatkan kesejahteraan karyawan rumah sakit secara langsung bagi pengelola maupun secara tidak langsung bagi semua karyawan dan dapat bersaing dengan rumah sakit swasta disekelilingnya.

Gambaran kontribusi Paviliun Cendana terhadap pelayanan rumah sakit adalah sebagai berikut pada tahun anggaran 2002 ini sampai dengan bulan Agustus penerimaan dari Paviliun Cendana sebesar Rp.6.445.257.001 sedangkan penerimaan rumah sakit secara keseluruhan adalah sebesar Rp.14.582.847.522,- sehingga kurang lebih 44,2% penerimaan rumah sakit berasal dari Paviliun Cendana.

Sebelum diberlakukan SK Gubernur tgl 1 Agustus 2002 No.903/494/2002 diberlakukan sistem swadana. Pemberlakuan SK ini menyebabkan mulai tanggal tersebut pendapatan harus masuk ke kas daerah. Dampaknya pada pelayanan Paviliun Cendana adalah dalam hal pembagian jasa pelayanan. Pada saat masih berstatus swadana pembagian jasa pelayanan bisa langsung diberikan pada dokter / petugas tetapi sekarang tidak harus melalui prosedur yang sudah ditetapkan.

Menilik keadaan ekonomi pada saat ini, tarif yang sekarang berlaku di rumah sakit sudah tidak memadai lagi sehingga perlu dinaikkan. Sampai saat ini usulan tarif masih diproses di DPRD Propinsi Jawa Tengah.

2. Wawancara dengan Kepala Instalasi Rawat Inap 3

Anggaran Paviliun Cendana berasal dari APBD dan dana dari paviliun. Sampai saat ini IRNA 3 belum pernah melakukan perencanaan penggunaan anggaran yang sudah dilakukan adalah penentuan target pendapatan. Target pendapatan pada tahun 2001 sebesar 40% dari pendapatan rumah sakit sedangkan tahun 2002 target sebesar 50%. Perencanaan anggaran untuk Paviliun Cendana dilakukan oleh masing-masing pemegang pasal dalam hal ini kepala bagian / sub bagian / instalasi. Hal ini menyebabkan belum bisa dilakukan perencanaan penggunaan anggaran selain itu saya juga tidak tahu berapa biaya operasional Paviliun Cendana dari APBD.

Pada perencanaan tarif yang saat ini berlaku saya tidak terlibat, karena langsung ditangani oleh direktur pada saat itu. Tarif yang berlaku saat ini

masih di bawah kompetitor dibandingkan dengan unggulan yang dimiliki Paviliun Cendana. Unggulan yang dimiliki Paviliun Cendana adalah tarip yang kompetitif, pelayanan jam kerja (non stop service) dan peralatan canggih yang tersedia sebagai rumah sakit type B pendidikan.

Peningkatan tarip Paviliun Cendana yang bertujuan untuk meningkatkan setoran agar status swadana tidak dicabut tidak dapat dilaksanakan. Hal ini disebabkan ada pembagian pendapatan rumah sakit yaitu fungsional dan non fungsional dimana keduanya tidak dapat dicampur adukkan. Sebab lain adalah kurangnya pemahaman DPRD tentang prinsip swadana dan operasional rumah sakit.

Mengingat adanya kenaikan harga BBM yang berimbas pada kenaikan harga semua barang, maka tarip yang berlaku mulai 1999 sudah tidak memadai lagi. Tarif adalah bukan satu-satunya faktor utama dalam pemilihan pelayanan kesehatan, sehingga bila dilakukan kenaikan tarif pengguna Paviliun Cendana faktor unggulan paviliun tentu juga merupakan hal yang dipertimbangkan oleh konsumen.

Saya tidak setuju jika kenaikan tarif Paviliun Cendana ada prosentase untuk setoran ke pemerintah propinsi karena adanya perbedaan jenis penerimaan.

Kegiatan pengawasan di Paviliun Cendana secara langsung dilaksanakan oleh unit kerja masing-masing sesuai struktur organisasi, misalnya perawat diawasi oleh Bidang Perawatan, pelayanan gizi oleh kepala

instalasi gizi. Supervisi dilakukan oleh Bidang Pelayanan Medik berupa utilisasi alat dan respon time.

3. Wawancara Dengan Kepala Bidang Anggaran.

Sampai saat ini bidang anggaran sebagai pengelola anggaran rumah sakit belum pernah melakukan perhitungan / pemilahan anggaran untuk paviliun dan non paviliun. Hal ini menyebabkan prosentase anggaran belanja untuk Paviliun Cendana dari total anggaran belanja rumah sakit belum diketahui. Berdasar tarif yang berlaku saat ini penerimaan dari Paviliun Cendana rata-rata sebesar 42%. Karena belum pernah dilakukan perhitungan penggunaan anggaran Paviliun Cendana sehingga sampai saat ini belum bisa diketahui perbandingan antara penggunaan anggaran dengan setoran dari Paviliun Cendana.

Kenaikan setoran yang dilakukan dengan menaikkan tarif tidak sesuai dengan prinsip penerimaan yaitu penerimaan fungsional dan non fungsional. Sampai saat ini belum diketahui secara pasti penggunaan anggaran oleh Paviliun Cendana.

4. Wawancara Dengan Kepala Bidang Pelayanan Medis.

Pelayanan rawat inap di Paviliun Cendana pada prinsipnya sama RSDMS pada umumnya karena mempunyai visi, misi yang sama. Perbandingan pelayanan antara Paviliun Cendana dengan pesaing tidak bisa hanya dilihat dari tarif saja tetapi banyak hal lain yang perlu diperhatikan.

Menilik fasilitas dan pelayanan yang ada tarif selayaknya secara reguler dinaikkan tetapi karena terbentur birokrasi Cendana belum melaksanakan kenaikan tarif yang semestinya sudah dilaksanakan.

Dari segi pelayanan medis kekurangan Paviliun Cendana adalah kualitas SDM, sarana dan prasarana yang ada sedangkan jenis dan jumlah tenaga medis sudah cukup. Untuk mengatasi hal ini perlu dilakukan pendekatan informal sesuai budaya lingkungan.

BAB V

PEMBAHASAN

A. PENGGUNAAN METODE ABC DALAM ANALISIS BIAYA

Penelitian analisis biaya dengan menggunakan metode ABC pada Paviliun Cendana mempunyai hasil yang sama dengan beberapa penelitian sebelumnya yang juga menggunakan metode ABC. Hal yang sama pada penelitian ini adalah terdapat beberapa macam denominator sesuai dengan sifat dari biaya rawat inap. Perhitungan unit cost yang dilaksanakan oleh pihak RSDMS untuk menghitung tarif menggunakan metode yang denominator hanya jumlah pasien saja, sehingga perhitungan dengan metode ABC akan mendapatkan hasil yang lebih terperinci. Perbedaan dengan penelitian sebelumnya adalah lokasi, type rumah sakit dan pemilik rumah sakit. Setiap metode perhitungan analisis biaya mempunyai keunggulan dan kelemahan. Keunggulan dan kelemahan metode ABC adalah sebagai berikut :

1. Keunggulan penggunaan metode ABC.

Penentuan unit cost kelas perawatan dengan menggunakan metode ABC memberikan hasil yang lebih akurat karena denominator yang digunakan tidak hanya jumlah pasien saja. Denominator yang digunakan dalam perhitungan unit cost ini adalah cost driver yang jenisnya sesuai dengan aktivitas yang menimbulkan biaya yaitu jumlah pasien, jumlah hari rawat dan luas lantai. Hal ini sesuai dengan pendapat Cooper (1991) yang menyatakan informasi biaya produk yang menggunakan ABC lebih akurat

dan informatif yang membantu manajer untuk mengurangi resiko dalam pengambilan keputusan. Penentuan biaya yang akurat akan menurunkan kemungkinan penentuan harga jual yang terlalu tinggi (*overpricing*) ataupun harga jual terlalu rendah (*underpricing*).

2. Kelemahan penggunaan metode ABC.

Kelemahan metode ABC ini adalah untuk penerapannya diperlukan sistem akuntansi yang baik dan berbasis komputer. Bila sistem yang ada belum berbasis komputer maka diperlukan ketekunan untuk menelusuri secara manual dan tentunya hal ini akan memakan waktu yang cukup lama. Kelemahan yang lain adalah penentuan *cost pool* dan *cost driver* memerlukan pertimbangan secara cermat untuk mendapatkan unit cost yang realistis dan sesuai dengan kenyataan di lapangan.

B. BIAYA TOTAL

1. Pembiayaan Paviliun Cendana

Pembiayaan Paviliun Cendana pada tahun 2001 berasal dari 3 pos pembiayaan dengan perincian sebagai berikut :

- a. Dana APBD 1995/1996 : untuk gedung dan inventaris.
- b. Dana APBD 2001 : untuk biaya operasional.
- c. Dana Paviliun : untuk biaya operasional dan inventaris.

Pembiayaan dari APBD tahun 2001 untuk operasional Paviliun Cendana sebesar Rp. 1.711.597.201,- sedangkan anggaran belanja barang untuk RSDMS adalah sebesar Rp.11.419.776.000,-. Sehingga prosentase

pembiayaan Paviliun dari APBD 2001 adalah sebesar 14,9%. Berdasarkan prosentase pembiayaan operasional 90% dari APBD 2001 6% dan hanya sebesar 4% dari dana operasional Paviliun. Menurut Gani (1993) kemandirian (*self reliance*) suatu pelayanan kesehatan dapat diwujudkan dengan memanfaatkan sumber daya yang ada. Sumber daya yang ada di Paviliun Cendana sangat memadai baik dari segi sarana, prasarana maupun sumber daya manusia yang tersedia. Pemanfaatan sumber daya secara optimal sangat memungkinkan dilakukan untuk meningkatkan pembiayaan dari Paviliun Cendana itu sendiri. Hal ini sejalan pula dengan salah satu tujuan dari pembentukan Paviliun Cendana yaitu mengoptimalkan pemanfaatan sarana dan tenaga untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai standard kesehatan yang ada. Peningkatan pembiayaan dari dana Paviliun diharapkan akan meningkatkan prosentase penggunaan anggaran dari APBD untuk pelayanan kesehatan non Paviliun. Jika dana yang dikelola paviliun belum dapat membiayai sendiri semua biaya operasionalnya, maka dana paviliun tersebut dapat digunakan untuk membiayai sebagian biaya operasional. Contohnya sebagai berikut anggaran makanan untuk pasien RSDMS 47% digunakan untuk Paviliun Cendana, prosentase ini cukup besar. Untuk meningkatkan menu makanan Paviliun Cendana agar menjadi lebih baik dalam rangka meningkatkan pelayanan kepada pasien, sebagian dana yang dikelola Paviliun digunakan untuk peningkatan mutu makanan. Sehingga peningkatan mutu pelayanan makanan tidak dibebankan pada anggaran rutin APBD, dengan demikian

dana anggaran untuk pelayanan non paviliun dapat ditingkatkan. Hal ini diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat secara umum oleh RSDMS.

2. Penerimaan Paviliun Cendana.

Pada tahun 2001 penerimaan RSDM Rp. 19.632.440.321 dengan perincian Rp. 11.560.989.286 (59%) dari non Paviliun dan Rp.4.740.858.400 (24%) dari jasa sarana paviliun dan Rp.3.330.592.635 (17%) dari jasa pelayanan pelayanan paviliun. Jasa pelayanan yang diterima dari Paviliun Cendana setelah dilakukan pemungutan pajak sesuai peraturan yang berlaku dan potongan untuk operasional Paviliun akan diberikan kepada petugas yang melakukan pelayanan di Paviliun baik tenaga medis maupun para medis. Sehingga penerimaan RSDMS yang disetorkan ke kas daerah adalah sebesar Rp.16.301.756.686 dengan perincian Rp. 11.560.989.286 (71%) dari non Paviliun dan Rp. 4.740.858.400 (29%) dari sarana Paviliun. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan Wadir Umum dan Keuangan serta menilik tujuan awal dari Paviliun Cendana yaitu sebagai SBU RSDMS, untuk meningkatkan pendapatan daerah serta mewujudkan subsidi silang, maka penerimaan dari jasa sarana Paviliun Cendana perlu ditingkatkan. Untuk dapat menghitung kenaikan dari jasa sarana pada saat penyusunan tarip perlu diketahui terlebih dahulu pembiayaan untuk operasional Paviliun Cendana. Berdasarkan hasil wawancara dengan Wadir Umum Keuangan dan dengan Kepala IRNA 3 sampai saat ini belum pernah diketahui pembiayaan operasional Paviliun Cendana dari

dana APBD. Agar pembiayaan operasional Paviliun Cendana yang bersumber dari anggaran APBD RSDMS dapat diketahui maka perlu dilakukan analisis biaya secara rutin.

C. UNIT COST PAVILIUN CENDANA.

Perhitungan dengan metode ABC pada Paviliun Cendana didapatkan hasil unit cost setiap kelas perawatan yang dapat dilihat pada tabel 5.1 berikut ini. Tarip yang digunakan dalam analisis ini adalah hanya jasa sarana karena jasa ini yang disetorkan sebagai penerimaan rumah sakit, sedangkan jasa pelayanan pada kenyataannya tidak disetorkan sebagai penerimaan kas daerah.

Tabel.5.1. Unit Cost Paviliun Cendana Dihitung Dengan Metode ABC.

Kelas	Unit Cost	Tarip	Tarip pesaing
VVIP	151.120	100.000	235.000
VIP A	157.671	75.000	190.000
VIP B	124.718	50.000	190.000
Utama	127.826	38.000	140.000

1. Unit cost kelas VVIP Paviliun Cendana.

Pada tabel tersebut di atas dapat diketahui bahwa unit cost pada kelas VIP A lebih tinggi daripada kelas VVIP dan kelas utama lebih tinggi dari pada kelas VIP B. Hal ini disebabkan biaya operasional pada kelas perawatan yang tingkatnya lebih tinggi lebih rendah dibandingkan kelas dibawahnya, contohnya biaya operasional kelas VVIP lebih rendah dari pada kelas VIP A. Perhitungan unit cost dengan metode ABC sangat dipengaruhi oleh

biaya operasional dan aktivitas pada setiap ruang perawatan. Aktivitas pada kelas perawatan yang lebih tinggi ternyata lebih rendah dari pada kelas di bawahnya sehingga menyebabkan diperoleh perhitungan unit cost lebih rendah. Perhitungan unit cost asli dengan metode ABC pada kelas VVIP Paviliun Cendana adalah sebesar Rp. 151.120,-. Perhitungan ini merupakan perhitungan pemakaian sarana rumah sakit yang termasuk di dalamnya adalah akomodasi, alkes pakai habis, makanan. Menurut tarif rumah sakit yang berlaku, jasa sarana kelas VVIP adalah sebesar Rp. 100.000,- sehingga terjadi kekurangan sebesar Rp. 51.120,-. Berdasarkan wawancara mendalam dengan kepala IRNA 3, penentuan tarif selama ini hanya perkiraan saja belum pernah dihitung berdasar analisis biaya tetapi hanya melihat tarif pesaing kemudian diturunkan sedikit. Hasil wawancara dengan Wakil Direktur Umum dan Keuangan diketahui bahwa sampai saat ini belum dilakukan analisis biaya di rumah sakit. Hasil dari analisis biaya menurut Gani (1997) antara lain adalah informasi kebijakan tarif dan subsidi, informasi kebijakan pengendalian biaya dan dasar untuk perencanaan anggaran. RSDMS belum melakukan analisis biaya sehingga unit cost belum dapat diketahui, sehingga penentuan tarif hanya berdasarkan perkiraan saja. Hal ini sesuai dengan pendapat Gani (1993) yang menyatakan bahwa banyak rumah sakit yang belum melakukan perhitungan unit cost disebabkan metode yang kompleks, data yang diperlukan tidak tersedia dan sistem informasi yang ada tidak dirancang untuk itu. Jasa pelayanan medis sebesar Rp. 40.000,- dan non medis

sebesar Rp. 15.000,-. Jasa ini walaupun menurut perda adalah komponen penerimaan rumah sakit tetapi pada kenyataannya setelah dipotong untuk pajak dan operasional paviliun, diberikan kepada petugas pelayanan kesehatan. Sehingga penerimaan ini tidak disetorkan ke kas daerah, jadi penerimaan kas daerah dari Paviliun Cendana hanya berasal dari jasa sarana saja. Bila dibandingkan dengan tarif pesaing pada kelas yang mempunyai fasilitas yang sama, terdapat selisih sebesar Rp. 135.000 dengan tarif yang berlaku sekarang. Selisih ini cukup tinggi karena pada rumah sakit pesaing tarif tersebut hanya untuk biaya akomodasi dan makanan saja, sedangkan pada Paviliun Cendana biaya tersebut selain akomodasi dan makanan sudah termasuk pula pemakaian alat kesehatan pakai habis, Jadi terjadi selisih yang cukup besar. Menilik kinerja kelas VVIP Paviliun Cendana yaitu BOR dan hari perawatan pada tahun 1999 sampai dengan tahun 2001 terjadi peningkatan dari tahun ke tahun. Tarif yang kompetitif dengan sarana yang sama pada rumah sakit kompetitor diharapkan akan dapat meningkatkan jumlah pasien yang memilih Paviliun Cendana sebagai tempat pelayanan kesehatan. Ada beberapa usaha untuk meningkatkan penggunaan tempat tidur pada kelas VVIP yaitu perlu dilakukan peningkatan kualitas sarana, prasarana dan sumber daya manusia. Peningkatan sarana dan prasarana Paviliun Cendana dapat dilakukan dengan antara lain cara meningkatkan kualitas makanan dengan memberlakukan menu pilihan, tepat waktu dalam pemberian makan, cepat memberikan reaksi bila ada keluhan pasien tentang ketidak nyamanan

sarana yang tersedia, misalnya AC mati, air bersih tidak mengalir, wastafel rusak. Sedangkan peningkatan sumber daya manusia dapat dilakukan dengan mengadakan pelatihan tentang etika dan cara tersenyum terhadap petugas pelayanan yang melayani Paviliun Cendana. Pelatihan seperti ini pernah dilakukan oleh rumah sakit milik pemerintah Kabupaten Banyumas yaitu RSUD. Banyumas, hasil pelatihan ini semua petugas menjadi lebih ramah serta dapat berempati terhadap pasien beserta keluarganya. Usaha peningkatan pelayanan ini pada rumah sakit negeri memang tidak mudah dilakukan karena akan terbentur pada birokrasi dan pembiayaannya. Pada Paviliun Cendana hal ini tentunya akan lebih mudah karena selain mempunyai dana sendiri juga mempunyai otonomi. Keunggulan Paviliun Cendana berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala IRNA 3 adalah *non stop service*, peralatan kedokteran yang lengkap dan canggih serta tarip yang kompetitif. Usulan tarip baru jasa sara kelas VVIP Paviliun Cendana sebesar Rp 220.000, dibandingkan dengan tarip pesain yaitu Rp.230.000 dengan tarip pesaing, tarip jasa sarana dari Paviliun Cendana khususnya untuk kelas VVIP masih relatif rendah. Ditunjang keunggulan dari kelas VVIP adalah bangunan terletak pada satu sayap yang terpisah dengan kelas perawatan yang lain, maka jasa sarana untuk kelas ini masih memungkinkan untuk dinaikkan. Fasilitas lain yang dapat ditawarkan untuk meningkatkan kenyamanan pasien kelas VVIP adalah dengan jasa menyediakan penunggu orang sakit. Jasa ini dapat dikelola oleh paviliun

sehingga selain kegiatan ini dapat terkontrol, juga akan mendapatkan tambahan pemasukan.

2. Unit cost kelas VIP A Paviliun Cendana.

Perhitungan unit cost kelas VIP A Paviliun Cendana dengan menggunakan metode ABC adalah Rp.157.671,- sedangkan jasa sarana kelas VIP A adalah sebesar Rp. 75.000,-. Selisih biaya antara unit cost aktual dengan tarif sebesar Rp. 82.671,-. Selisih biaya yang cukup besar ini merupakan subsidi pemerintah dari dana rutin APBD kepada pasien Paviliun Cendana. Salah satu tujuan pembentukan Paviliun Cendana adalah sebagai SBU RSDMS, sehingga jika tarif VIP A masih harus disubsidi maka tujuan pembentukan Paviliun Cendana tidak dapat tercapai. Utilisasi kelas VIP A pada tahun 2001 sebesar 5.572 atau 21,5% dari jumlah pasien yang dilayani Paviliun Cendana pada tahun 2001. Bila dibandingkan dengan dengan fasilitas yang sama pada rumah sakit kompetitor terjadi selisih harga yang cukup tinggi yaitu sebesar Rp.115.000,-. Untuk lebih dapat meningkatkan jumlah pasien selain peningkatan sarana, prasarana dan sumber daya manusia untuk kelas VIP A, sebaiknya kelas perawatan ini dilokalisir menjadi satu lantai seperti pada kelas VVIP, sehingga pasien dan keluarganya dapat merasa lebih nyaman. Karena berdasarkan hasil observasi diketahui letak bangunan untuk kelas VIP A tersebar pada lantai 1, 2 dan 3 tidak dijadikan satu lantai seperti kelas VVIP. Pada perencanaannya Paviliun Cendana merupakan suatu paviliun khusus yang mempunyai akses yang terpisah dengan kelas non-paviliun, faktor ini

diharapkan dapat menjadi salah satu faktor yang menguntungkan untuk pelayanan kelas paviliun. Hasil observasi di lapangan diketahui walaupun paviliun mempunyai akses khusus tetapi pada kenyataannya akses ini juga digunakan oleh rawat inap non-paviliun untuk jalan pasien pulang sehingga terkesan *semrawut*. Keadaan ini tentunya kurang memberikan kenyamanan bagi pasien paviliun dan keluarganya. Hal ini dapat diatasi dengan cara memanfaatkan pintu untuk kelas non-paviliun yang sebenarnya sudah tersedia dan tidak memakai pintu penghubung antara paviliun dengan non-paviliun pada setiap lantai untuk lalu lintas pasien dan pengunjung. Usulan tarif baru yang diajukan tarif jasa sarana kelas VIP A sebesar Rp.130.000. Bila kenyamanan pasien dipenuhi serta menilik keunggulan yang ada pada Paviliun Cendana maka kenaikan tarif bukan merupakan faktor yang menyebabkan pasien akan memilih kompetitor. Seperti yang disampaikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Medis yang menyatakan bahwa tarif bukan satu-satunya faktor penentu pasien memilih Paviliun Cendana. Disampaikan pula bahwa menilik sarana, prasarana dan fasilitas yang ada tarif Paviliun Cendana dapat dinaikkan secara reguler. Berdasarkan hal tersebut di atas maka peningkatan komponen tarif pada jasa sarana sangat mungkin untuk dilaksanakan.

3. Unit cost kelas VIP B Paviliun Cendana.

Perhitungan unit cost asli pada kelas VIP B dengan menggunakan metode ABC adalah Rp. 124.718,-. Jasa sarana kelas VIP B menurut tarif perda

yang berlaku adalah Rp. 50.000,-. Selisih antara unit cost aktual dengan jasa sarana sebesar Rp. 74.718,-. Animo masyarakat terhadap kelas VIP B cukup tinggi hal ini dapat diketahui dari jumlah pasien yang dilayani pada tahun 2001 sebesar 15.487 atau 60% dari jumlah pasien yang dilayani di Paviliun Cendana. Selisih yang cukup besar antara unit cost dengan tarip dan tingginya utilisasi kelas perawatan ini akan menyebabkan adanya subsidi yang tinggi sehingga akan sangat merugikan rumah sakit. Salah satu tujuan pembentukan Paviliun Cendana adalah mewujudkan kebijakan subsidi silang. Menurut Fuchs (1986) kebijakan subsidi silang di rumah sakit dapat dicapai dengan cara sebagai berikut:

- a. Menarik biaya lebih rendah dari biaya satuan atau bahkan gratis terhadap kalangan tidak mampu
- b. Menarik biaya yang lebih tinggi dari biaya satuan untuk kalangan yang mampu.
- c. Pemakaian alat yang tinggi frekuensi penggunaannya mensubsidi penggunaan alat yang jarang digunakan.

Paviliun Cendana adalah kelas perawatan yang ditujukan untuk kalangan mampu sehingga berdasarkan pendapat Fuchs diatas untuk mewujudkan kebijakan subsidi silang, hendaknya tarip Paviliun Cendana ditarik biaya yang lebih tinggi dari pada biaya satuan. Bila dibandingkan dengan tarip kompetitor yang mempunyai sarana dan fasilitas yang sama terdapat selisih biaya yang cukup besar yaitu sebesar Rp. 190.000, maka usulan tarip baru yang sedang disusun sangat memungkinkan untuk dapat

dilaksanakan. Berdasarkan hasil observasi kelas VIP B tidak terletak pada satu lantai, melainkan tersebar pada lantai 1, 2 dan 3. Untuk meningkatkan utilisasi kelas ini sebaiknya selain dilakukan peningkatan sarana, prasarana dan fasilitas juga perlu dilakukan penempatan letak kelas VIP B pada satu lantai sehingga akan lebih memudahkan memberikan pelayanan serta kenyamanan pada pasien dan keluarganya.

4. Unit cost kelas Utama Paviliun Cendana.

Perhitungan unit cost kelas asli kelas utama dengan metode ABC di Paviliun Cendana adalah sebesar Rp. 127.826,-. Jasa sarana kelas utama menurut tarif perda yang berlaku adalah Rp. 38.000,-. Selisih antara unit cost aktual dengan jasa sarana cukup besar yaitu Rp. 89.826,-. Pada tahun 2001 jumlah pasien sebesar 3.234 atau 12,5% dari total utilisasi Paviliun Cendana. Selisih antara unit cost dan jumlah pasien tersebut menyebabkan tingginya subsidi untuk kelas utama sehingga hal ini menyebabkan kerugian yang cukup tinggi bagi RSDMS sehingga tidak dapat mewujudkan tujuan pembentukan Paviliun Cendana. Tarif pada rumah sakit kompetitor dengan fasilitas dan sarana yang sama dengan kelas utama sebesar Rp140.000, sehingga ada selisih biaya yang sangat tinggi. Berdasarkan hal tersebut maka kenaikan tarif pada kelas utama pada umumnya dan komponen sarana pada khususnya sudah saatnya untuk dilaksanakan. Letak kelas utama terlokalisir pada lantai 3 tetapi berdampingan dengan VIP B dan VIP A. Untuk memudahkan dan memberikan kenyamanan pada pasien lantai 3 sebaiknya hanya digunakan

untuk VIP B dan kelas utama saja, dengan alasan fasilitas dan sarana antara kedua kelas tersebut hampir sama.

5. Analisis Sensitivitas Unit Cost Paviliun Cendana.

Pada tabel 5.2. dapat diketahui hasil analisis sensitivitas dan simulasi utilisasi unit cost Paviliun Cendana. Tingkat pemenuhan unit cost pada kelas VVIP adalah 66,17%, VIP A 47,56%, VIP B 40,09% dan kelas utama 29,73%. Berdasarkan perhitungan tersebut dapat diketahui tingkat pemulihan unit cost pada semua kelas perawatan masih sangat rendah yaitu dibawah angka 100%. Pada kelas VIP A, VIP B dan kelas utama tingkat pemulihan masih dibawah 50%, sedangkan BOR dan hari rawat inap pada kelas-kelas tersebut cukup tinggi. Hal ini akan menyebabkan tingginya pula subsidi pemerintah pada pasien yang dirawat di Paviliun Cendana. Rendahnya tingkat pemenuhan ini sesuai dengan pendapat Gani (1993) yang menyatakan bahwa tarip di beberapa rumah sakit sangat rendah bahkan lebih rendah dari biaya satuan operasional. Pada perhitungan dengan dengan tarip baru sesuai dengan SK Direktur no. 188.4 / 022/ 2002 CRR (Cost Recovery Rate) atau tingkat pemulihan VVIP 145,57%, VIP A 82,45%, VIP B 76,17% dan utama 54,76%. Tingkat pemulihan yang diharapkan yaitu mencapai lebih dari 100% hanya tercapai pada kelas VVIP saja sedangkan pada kelas perawatan yang lain belum tercapai. Pada kelas utama tingkat pemulihan masih sangat rendah, sehingga perlu dipertimbangkan lagi pemberlakuan tarip ini. Salah satu faktor yang perlu dipertimbangkan dalam penentuan tarip

adalah pelaksanaan subsidi silang, hal ini juga sesuai dengan salah satu tujuan pembentukan Paviliun Cendana adalah mewujudkan kebijakan subsidi silang. Sehingga untuk mewujudkan kebijakan subsidi silang penerapan tarip baru masih memerlukan perbaikan yaitu dengan cara melakukan analisis biaya untuk penentuan tarip. Pada penelitian ini juga dilakukan simulasi utilisasi dengan adanya kenaikan tarip. Hal ini dilakukan karena pada kenaikan tarip diperkirakan akan terjadi penurunan jumlah pasien karena mereka memilih tempat lain ataupun menunda pengobatan. Simulasi utilisasi ini sangat banyak variasinya, tetapi untuk penelitian ini dilakukan simulasi penurunan utilisasi sebesar 10%. Dari hasil simulasi pada matrik simulasi tarip Paviliun Cendana dapat diketahui bahwa pada kelas VVIP utilisasi menjadi 934 , kelas VIP A 5.015 , kelas VIP B 13.939 dan kelas utama 3.425. Neraca yang dicapai pada kelas VVIP sebesar Rp. 101.780.000, kelas VIP A Rp.234.050.000, kelas VIP B Rp. 549.855.000 sedangkan kelas utama Rp.95.160.000. Penurunan utilitas tersebut masih mencapai nilai positif sehingga pendapatan yang dicapai relatif masih tinggi, sehingga penurunan utilitas karena kenaikan tarip tidak akan menurunkan pendapatan Paviliun Cendana.

Tabel 5.2.

Matriks Analisis Sensitivitas Unit Cost Paviliun Cendana

No	Klas	Tarip	Tarip pesaing	Usulan baru	Utilisasi	Utilisasi 10%	UC Aktual	TR 1	CRR 1 (%)	TR 2	CRR 2 (%)	Neraca
1	VVIP	100.000	235.000	220.000	1.037	934	151.120	103.700.000	66,1726	205.480.000	145,5797	101.780.000
2	VIP A	75.000	190.000	130.000	5.572	5.015	157.671	417.900.000	47,5674	651.950.000	82,4502	234.050.000
3	VIP B	50.000	190.000	95.000	15.487	13.939	124.718	774.350.000	40,0904	1.324.205.000	76,1718	549.855.000
4	Utama	38.000	140.000	70.000	3.805	3.425	127.826	144.590.000	29,7279	239.750.000	54,7619	95.160.000

Keterangan

- Tarip : tarip yang berlaku saat ini
 Usulan baru : tarip baru yang sedang diusulkan
 Utilisasi : jumlah pasien yang dilayani
 Utilisasi 10% : jumlah pasien yang dilayani dengan penurunan 10% dari utilisasi
 UC Aktual : unit cost yang dihitung dengan metode ABC
 TR 1 : total pendapatan dari tarip saat ini (tarip sekarang x utilisasi)
 CRR 1 : tingkat pemulihan saat ini dengan UC aktual
 TR 2 : total pendapatan dari tarip baru (usulan baru x utilisasi 10%)
 CRR 2 : tingkat pemulihan tarip baru dengan UC aktual
 Neraca : TR2-TR1

6. Analisis Sensitivitas Unit Cost Tanpa Investasi.

Investasi gedung dan peralatan pada Paviliun Cendana berasal dari 2 sumber pembiayaan yaitu APBD 1996 dan dana operasional paviliun. Pada perhitungan analisis sensitivitas unit cost tanpa investasi ini, investasi yang dihitung adalah yang berasal dari dana paviliun pada tahun 2001 sedangkan yang berasal dari APBD 1996 RSDMS adalah milik Pemerintah Propinsi Jawa Tengah sehingga investasi peralatan dan gedung adalah subsidi pemerintah. Alasan investasi yang berasal dari dana paviliun dihitung karena dianggap modal dan diharapkan dana tersebut dapat dikembalikan dari operasional paviliun. Pada tabel. 5.3. dapat dilihat hasil analisis sensitivitas unit cost tanpa investasi. Tingkat pemulihan pada tarif lama kelas VVIP mencapai 74,91%, VIP A 53,63%, VIP B 46,68% dan utama 33,22%. Hasil tersebut menunjukkan tingkat pemulihan pada tarif saat ini masih sangat rendah sehingga masih memerlukan subsidi dari APBD dan belum dapat mewujudkan kebijakan subsidi silang. Hasil perhitungan dengan tarif baru CRR VVIP mencapai 164,82%, VIP A 92,97%, VIP B 88,69% dan utama 61,20%. Berdasarkan perhitungan tersebut yang mencapai tingkat pemulihan yang diharapkan hanya tercapai pada kelas VVIP. Pemberlakuan tarif baru pada kelas VVIP akan dapat mewujudkan kebijakan subsidi silang, sedangkan kelas perawatan yang lain hal ini perlu diperhitungkan lagi karena rumah sakit swadana menurut Thabrany (1999) dalam menentukan tarif harus diperhitungkan dengan cermat untuk dapat mencapai *cost recovery*. Bila pencapaian tingkat

pemulihan yang diharapkan hanya tercapai pada VVIP saja maka hal ini akan sangat merugikan karena kapasitas dan utilisasi VVIP relatif lebih rendah daripada kelas perawatan yang lain. Animo masyarakat terhadap kelas perawatan yang lain sangat tinggi sehingga bila tingkat pemulihan dapat tercapai maka biaya investasi akan dapat dikembalikan sebagai modal. Pada matriks analisis sensitivitas unit cost ini juga dilakukan simulasi penurunan utilitas dengan adanya kenaikan tarif. Hasil simulasi menunjukkan pada kelas VVIP jumlah utilisasi 934, VIP A 5.015, VIP B 13.939 dan kelas utama 3.425. Neraca adalah selisih antara pendapatan dari tarif lama dengan utilisasi yang dicapai selama tahun 2001 dengan pendapatan dari tarif baru dan simulasi utilisasi yaitu 10% dari utilisasi lama. Pada kelas VVIP neraca yang dicapai Rp. 101.780.000, kelas VIP A Rp. 234.050.000, kelas VIP B Rp. 549.855.000 sedangkan kelas utama Rp. 95.160.000. Berdasarkan simulasi penurunan utilisasi unit cost tanpa investasi, neraca yang dicapai bernilai positif sehingga pendapatan yang diperoleh Paviliun Cendana dengan adanya penurunan utilisasi tersebut masih memadai.

Tabel 5.3.

Matrik Analisis Sensitivitas Unit Cost Tanpa Investasi Paviliun Cendana Tahun 2001

No	Klas	Tarip	Tarip pesaing	Usulan baru	Utilisasi	Utilisasi 10%	UC Aktual	TR1	CRR 1 (%)	TR 2	CRR 2 (%)	Neraca
1	VVIP	100.000	235.000	220.000	1.037	934	133.477	103.700.000	74,9193	205.480.000	164,8224	101.780.000
2	VIP A	75.000	190.000	130.000	5.572	5.015	139.827	417.900.000	53,6377	651.950.000	92,9720	234.050.000
3	VIP B	50.000	190.000	95.000	15.487	13.939	107.104	774.350.000	46,6836	1.324.205.000	88,6988	549.855.000
4	Utama	38.000	140.000	70.000	3.805	3.425	114.372	144.590.000	33,2249	239.750.000	61,2038	95.160.000

Keterangan

- Tarip : tarip yang berlaku sekarang
 Usulan baru : tarip baru yang sedang diusulkan
 Utilisasi : jumlah pasien yang dilayani
 Utilisasi 10% : jumlah pasien yang dilayani dengan penurunan 10% dari utilisasi
 UC Aktual : unit cost tanpa investasi yang dihitung dengan metode ABC
 TR 1 : total pendapatan dari tarip saat ini (tarip sekarang x utilisasi)
 CRR 1 : tingkat pemulihan saat ini dengan UC aktual
 TR 2 : total pendapatan dari tarip baru (tarip baru x utilisasi)
 CRR 2 : tingkat pemulihan tarip baru dengan UC aktual
 Neraca : TR2-TR1

7. Analisis Sensitivitas Unit Cost Tanpa Gaji.

RSDM adalah milik pemerintah sehingga gaji pegawai Paviliun Cendana merupakan tanggung jawab pemerintah. Pada tabel 5.4. dapat dilihat hasil analisis sensitivitas unit cost tanpa gaji. Hasil analisis pada tarif yang berlaku sekarang tingkat pemenuhan kelas VVIP sebesar 89,73%, VIP A 63,07%, VIP B 58,17% dan utama 42,80%. Pada tarif yang berlaku sekarang pada semua kelas perawatan belum terjadi tingkat pemulihan yang diharapkan. Sehingga pada unit cost tanpa gaji, walaupun gaji masih berasal dari pemerintah, tarif yang berlaku masih mendapatkan subsidi dari pemerintah yaitu dari APBD. Subsidi terhadap operasional Paviliun Cendana ini kemungkinan besar belum diperhitungkan oleh pihak manajemen rumah sakit karena berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan Kepala Bidang Anggaran dan Wakil Direktur Umum dan Keuangan sampai saat ini belum pernah diketahui pembiayaan untuk Paviliun Cendana Hal ini terjadi karena sampai saat ini belum pernah dilakukan analisis biaya. Berdasarkan wawancara tersebut, penilaian kinerja keuangan Paviliun Cendana pada saat ini hanya dilihat dari jumlah setoran per bulan. Hasil analisis tarif baru didapatkan tingkat pemenuhan sebagai berikut VVIP 197,41%, VIP A 109,33%, VIP B 110,53% dan utama 78,84%. Pada kelas VVIP, VIP A dan VIP B telah tercapai tingkat pemulihan yang diharapkan sehingga dapat mewujudkan kebijakan subsidi silang, sedangkan pada kelas utama belum mencapai tingkat pemenuhan yang diharapkan. Bila pada unit cost tanpa gaji telah terjadi pemenuhan

Tabel 5.4

Matrik Analisis Sensitivitas Unit Cost Tanpa Gaji Paviliun Cendana Tahun 2001

No	Klas	Tarip	Tarip pesaing	Usulan baru	Utilisasi	Utilisasi 10%	UC Aktual	TR 1	CRR 1 (%)	TR 2	CRR 2 (%)	Neraca
1	VVIP	100.000	235.000	220.000	1.037	934	111.443	103.700.000	89,7320	228.140.000	197,4103	124.440.000
2	VIP A	75.000	190.000	130.000	5.572	5.015	118.904	417.900.000	63,0761	724.360.000	109,3319	306.460.000
3	VIP B	50.000	190.000	95.000	15.487	13.939	85.948	774.350.000	58,1747	1.471.265.000	110,5319	696.915.000
4	Utama	38.000	140.000	70.000	3.805	3.425	88.782	144.590.000	42,8015	266.350.000	78,8448	121.760.000

Keterangan

- Tarip : tarip yang berlaku saat ini
 Usulan baru : tarip baru yang sedang diusulkan
 Utilisasi : jumlah pasien yang dilayani
 Utilisasi 10% : jumlah pasien dengan penurunan 10% dari utilisasi
 UC Aktual : unit cost tanpa gaji dan investasi yang dihitung dengan metode ABC
 TR 1 : total pendapatan dari tarip saat ini (tarip sekarang x utilisasi)
 CRR 1 : tingkat pemulihan saat ini dengan UC aktual
 TR 2 : total pendapatan dari tarip baru (usulan baru x utilisasi 10%)
 CRR 2 : tingkat pemulihan tarip baru dengan UC aktual
 Neraca : TR2-TR1

maka berarti pendapatan paviliun dapat digunakan untuk peningkatan kualitas pelayanan dan kenyamanan.

8. Analisis Sensitivitas Unit Cost Tanpa Gaji Dan Investasi

Paviliun Cendana adalah milik pemerintah sehingga penggajian pegawai yang berstatus pegawai negeri sipil (PNS) dan honorarium pegawai honor merupakan tanggung jawab pemerintah. Biaya investasi peralatan dan gedung pada rumah sakit pemerintah dapat dianggap sebagai subsidi pemerintah, sehingga tidak diperhitungkan sedangkan biaya inventaris yang dibiayai dari anggaran Cendana diperhitungkan sebagai modal yang harus dikembalikan. Sehingga analisis ini hanya dilakukan pada biaya operasional Paviliun Cendana. Pada tabel 5.6. dapat dilihat analisis unit cost tanpa gaji dan investasi. Pada tarif yang berlaku sekarang CRR kelas VVIP 100,61%, VIP A 74,20%, VIP B 73,62 dan utama 53,43%. Sehingga dapat diketahui tarif yang berlaku sekarang belum dapat mencukupi biaya operasional Paviliun Cendana dan mewujudkan kebijakan subsidi silang, tetapi ternyata masih memerlukan subsidi. Fuchs (1986) berpendapat bahwa kebijakan subsidi silang di rumah sakit dapat ditempuh dengan cara menarik biaya yang lebih tinggi dari biaya satuan untuk orang yang

Tabel 5.5.

Matrik Analisis Sensitivitas Unit Cost Tanpa Gaji Dan Investasi Paviliun Cendana Tahun 2001

No	Klas	Tarip	Tarip pesaing	Usulan baru	Utilisasi	Utilisasi 10%	UC Aktual	TR1	CRR 1 (%)	TR 2	CRR 2 (%)	Neraca
1	VVIP	100.000	235.000	220.000	1.037	934	99.324	103.700.000	100,6806	205.480.000	221,4973	101.780.000
2	VIP A	75.000	190.000	130.000	5.572	5.015	101.077	417.900.000	74,200857	651.950.000	128,6148	234.050.000
3	VIP B	50.000	190.000	95.000	15.487	13.939	67.917	774.350.000	73,619271	1.324.205.000	139,8766	549.855.000
4	Utama	38.000	140.000	70.000	3.805	3.425	71.120	144.590.000	53,430821	239.750.000	98,4252	95.160.000

Keterangan

- Tarip : tarip yang berlaku saat ini
 Usulan baru : tarip baru yang sedang diusulkan
 Utilisasi : jumlah pasien yang dilayani
 Utilisasi 10% : jumlah pasien yang dilayani dengan penurunan 10% dari utilisasi
 UC Aktual : unit cost tanpa gaji dan investasi yang dihitung dengan metode ABC
 TR 1 : total pendapatan dari tarip saat ini (tarip sekarang x utilisasi)
 CRR 1 : tingkat pemulihan saat ini dengan UC aktual
 TR 2 : total pendapatan dari tarip usulan baru (usulan baru x utilisasi 10%)
 CRR 2 : tingkat pemulihan tarip baru dengan UC aktual
 Neraca : TR2-TR1

mampu dan menarik biaya yang lebih rendah dari biaya satuan atau bahkan gratis terhadap kalangan tidak mampu. Tarif pesaing mempunyai komponen biaya yang berbeda, tarif yang tercantum tersebut adalah untuk akomodasi sedangkan komponen alat kesehatan pakai harus dibayar sendiri oleh pasien. Sehingga bila dibandingkan dengan tarif pesaing, tarif kelas VVIP Paviliun Cendana masih dapat bersaing. Berdasarkan hasil analisis sensitivitas dengan pemberlakuan tarif baru, CRR kelas VVIP mencapai 234,54%, VIP A 128,61%, VIP B 139,87% dan kelas utama 98,42%. Pada kelas VVIP tingkat pemulihan tersebut sudah sangat memadai karena mencapai angka lebih dari 200%, pada kelas VIP A dan VIP B pencapaian mencapai angka yang memadai karena pencapaiannya diatas 100%, sedangkan kelas utama belum tercapai tetapi sudah hampir mendekati. Menilik CRR yang dicapai pada kelas VVIP dan tarif pesaing, maka tarif usulan baru sudah layak diberlakukan. Selisih dengan tarif pesaing tidak terlalu tinggi, pada Paviliun Cendana biaya operasional sudah ditanggung oleh pemerintah sedangkan pada rumah sakit pesaing menjadi tanggung jawab pemilik rumah sakit. Berdasarkan hal tersebut maka pemberlakuan tarif ini perlu dibarengi dengan peningkatan pelayanan dan kenyamanan pasien. Sumber biaya peningkatan ini dapat berasal dari dana paviliun yang berasal dari pemotongan jasa pelayanan medis dan para medis. Pada kelas VIP A dan kelas VIP B, CRR yang dicapai sudah memadai tetapi pemberlakuan tarif baru perlu ditinjau kembali karena masih terdapat selisih yang tinggi dengan tarif pesaing.

Berdasarkan kinerja Paviliun Cendana, animo masyarakat untuk kelas VIP A dan VIP B sangat tinggi, ditilik dari pencapaian BOR terjadi kenaikan pada 3 tahun terakhir ini. Menurut Gani (1993) pada BOR yang tinggi kenaikan tarip tidak akan berpengaruh banyak sejauh kenaikan tersebut masih dalam batas “kemauan dan kemampuan” pasien sehingga pemberlakuan tarip yang terlalu rendah akan menyebabkan timbulnya “*consumer surplus*”. Pencapaian CRR kelas utama masih dibawah 100%, pencapaian BOR yang masih rendah ini memerlukan kajian lebih lanjut untuk mengetahui penyebabnya. Pada kelas utama bila diberlakukan tarip baru akan menyebabkan semakin rendahnya BOR yang dicapai . Tarip baru tersebut jika dibandingkan dengan tarip pesaing masih terjadi selisih yang sangat tinggi. Hal ini sesuai dengan pendapat Horgen (1991) yang menyatakan bahwa pada salah satu faktor dalam penentuan harga adalah harga yang ditetapkan oleh pesaing, karena reaksi pesaing terhadap harga yang ditetapkan sangat penting. Reaksi pesaing dapat diketahui dengan melakukan analisis biaya. Paviliun Cendana sebaiknya tidak melihat pesaing hanya dari penentuan harga saja tetapi juga fasilitas dan kenyamanan yang ada. Untuk meningkatkan pelayanan dan kenyamanan pasien Paviliun Cendana, survey kepuasan yang selama ini sudah dilakukan diteruskan dan dilakukan tindak lanjut secepatnya. Pada hasil simulasi tarip penurunan utilisasi 10% pada unit cost tanpa gaji dan investasi terjadi neraca yang positif. Lebih lanjut Hongren mengemukakan bahwa dalam penetapan harga manajer harus memperhatikan sudut

pelanggan, karena pelanggan mungkin akan menolak jasa dan memilih pengganti (substitusi) dengan biaya yang lebih efektif. Berdasarkan hal tersebut di atas dapat diketahui bahwa bila terjadi penurunan utilisasi pendapatan yang diperoleh masih memadai. Menurut hasil wawancara mendalam dengan Kepala IRNA 3 dan Kepala Bidang Pelayanan Medik, faktor unggulan serta fasilitas yang ada, serta tarif yang berlaku maka masyarakat memilih Paviliun Cendana sebagai tempat pelayanan kesehatan.

D. ANALISIS TITIK IMPAS

Analisis titik impas (*break even point*) adalah keadaan suatu usaha yang tidak memperoleh laba dan tidak menderita rugi. Analisis ini digunakan untuk mengetahui volume produk penjualan minimum agar suatu usaha tidak merugi, tetapi juga belum memperoleh laba. Perhitungan titik impas Paviliun Cendana dilakukan pada biaya operasional yaitu perhitungan biaya tanpa gaji dan investasi yang berasal dari pemerintah karena sebagai rumah sakit pemerintah gaji dan investasi adalah tanggung jawab pemerintah. Perhitungan titik impas dilakukan dengan pendekatan ABC pada tabel berikut dapat diketahui pencapaian titik impas tarif sekarang dan usulan tarif baru.

Tabel. 5.6. Pencapaian Titik Impas Paviliun Cendana

No	Kelas	Tarif lama	Tarif baru	Utilisasi
1	VVIP	286	119	1.037
2	VIP A	2.119	1.105	5.572
3	VIP B	9.908	3.927	15.487
4	Utama	3.411	1.552	3.805

Pada tarif yang sekarang berlaku tingkat pemulihan yang mencapai hasil yang diharapkan yaitu lebih dari 100% ternyata hanya tercapai pada kelas VVIP. Sedangkan pencapaian titik impas pada kelas yang lain belum dapat diketahui karena tingkat pemenuhan dengan tarif sekarang masih di bawah 100% yaitu 74,20% VIP A, 73,61% VIP B dan 53,43% untuk kelas utama. Untuk menghitung tercapainya titik impas pada kelas yang pencapaian CRR belum mencapai angka yang diharapkan pada tabel 5.9. dilakukan perhitungan titik impas dengan berdasar pada total biaya dan total pendapatan.

Tabel.5.7. Perhitungan Titik Impas Tarif Lama Berdasar Total Biaya Dan Total Pendapatan

Kelas	Tarif	Utilisasi	Unit cost	Pendapatan	Biaya	+/-
VVIP	100.000	1.037	93.224	103.700.000	96.673.288	+
VIP A	75.000	5.572	101.077	417.900.000	563.201.144	+
VIP B	50.000	15.487	67.917	774.350.000	1.051.830.579	+
Utama	38.000	3.805	71.120	144.590.000	270.611.600	-

Berdasarkan perhitungan titik impas diatas pada kelas VVIP selisih antara biaya dan pendapatan didapatkan hasil +, hal ini berarti bahwa telah tercapai titik impas karena total biaya dapat dipenuhi dari total pendapatan dan bahkan masih terdapat sisa. Sedangkan kelas yang lain VIP A, VIP B dan utama pada tarif lama belum dapat mencapai titik impas, karena selisih antara pendapatan dan biaya terdapat angka kekurangan yang menunjukkan pendapatan belum dapat memenuhi biaya. Bila kita melihat pada perhitungan titik impas pada

tabel 5.8. jumlah utilisasi untuk tahun 2001 saja, sebenarnya sudah melebihi perhitungan titik impas dengan menggunakan metode ABC, padahal Paviliun Cendana sudah beroperasi sejak 1996. Berdasarkan hal tersebut sebenarnya titik impas sudah tercapai. Hasil analisis sensitivitas menunjukkan pada kelas VIP A, VIP B dan kelas utama belum dapat mencapai angka yang diharapkan. Untuk mengetahui pencapaian titik impas dengan tarif baru dilakukan simulasi yang dapat dilihat pada tabel 5.11 berikut.

Tabel.5.8. Simulasi Perhitungan Titik Impas Tarif Baru Berdasar Total Biaya Dan Total Pendapatan

Kelas	Tarif	Utilisasi	Unit cost	Pendapatan	Biaya	+/-
VVIP	220.000	1.037	93.224	228.140.000	96.673.288	+
VIP A	130.000	5.572	101.077	724.360.000	563.201.044	+
VIP B	95.000	15.487	67.917	1.471.265.000	1.051.830.579	+
Utama	70.000	3.805	71.120	266.350.000	270.611.600	-

Pada simulasi diatas, estimasi utilisasi sama dengan tahun 2001. Berdasarkan hasil simulasi diatas selisih antara pendapatan dengan biaya yang mencapai angka positif tercapai pada kelas VVIP, VIP A, VIP B sedangkan pada kelas utama belum tercapai. Hal ini sesuai dengan perhitungan analisis sensitivitas tarif baru, tingkat pemulihan yang mencapai lebih dari 100% tercapai pada kelas VVIP, VIP A dan VIP B sedangkan pada kelas utama tingkat pemulihan dibawah angka yang diharapkan. Penentuan tarif dengan memperhitungkan CRR akan dapat mencapai titik impas sesuai dengan perhitungan.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN.

Berdasarkan hasil penelitian kesimpulan yang ada adalah sebagai berikut :

1. Pembiayaan Paviliun Cendana berasal dari 3 sumber dana dengan perincian APBD 1996 Rp.113.204.639 (6%), dana Paviliun Rp.80.376.102 (4%) dan APBD 2001 Rp.1.711.597.201(90%).
2. Penerimaan RSDM Surakarta yang diterima pada tahun 2001 sebesar Rp. 19.632.440.321 dengan perincian Rp.8.071.451.035 berasal dari Paviliun dan Rp.560.989.286 dari non- Paviliun.
3. Penerimaan dari Paviliun Cendana pada tahun 2001 sebesar Rp.8.071.451.035 terdiri dari 2 komponen yaitu jasa sarana sebesar Rp.4.740.858.400 dan jasa pelayanan sebesar Rp. 3.330.592.635. Penerimaan dari jasa sarana disetorkan ke kas daerah sedangkan jasa pelayanan setelah dipotong pajak dan administrasi Paviliun dikembalikan kepada petugas pelayanan.
4. Dana Paviliun Cendana berasal pemotongan 10% dari jasa pelayanan pasien pribadi dan 30% dari jasa pelayanan pasien Paviliun.
5. Unit cost VVIP sebesar Rp.151.120 dengan CRR 66,17%. VIP A sebesar Rp. 157.671 dengan CRR 47,56%. VIP B sebesar Rp.124.718 dengan CRR 40,09%. Utama sebesar Rp.127.826 dengan CRR 29,72%.

6. Unit cost tanpa gaji VVIP sebesar Rp.111.443 dengan CRR 89,73%. VIP A sebesar Rp.118.904 dengan CRR 63,07%. VIP B sebesar Rp.85.948 dengan CRR 58,17%. Utama sebesar Rp.88.782 dengan CRR 42,80%.
7. Unit cost tanpa investasi VVIP sebesar Rp.133.477 dengan CRR 74,91%. VIP A sebesar Rp.139.827 dengan CRR 53,63%. VIP B sebesar Rp.107.104 dengan CRR 46,68%. Utama sebesar Rp.114.372 dengan CRR 33,22%.
8. Unit cost tanpa gaji dan investasi VVIP sebesar Rp.93.800 dengan CRR 100,68%. VIP A sebesar 101.077 dengan CRR 74,20%. VIP B sebesar Rp.67.917 dengan CRR 73,61%. Utama sebesar Rp. 71,120 dengan CRR 53,43%.
9. Hasil analisis sensitivitas unit cost tingkat pemenuhan usulan tarif baru pada kelas VVIP sebesar 145,57%, VIP A sebesar 82,45%, VIP B 76,17% dan utama sebesar 54,76%.
10. Hasil analisis sensitivitas unit cost tanpa investasi tingkat pemenuhan tarif baru kelas VVIP sebesar 164,82%, VIP A 92,97%, VIP B 88,69% dan kelas utama sebesar 61,20%.
11. Hasil analisis sensitivitas unit cost tanpa gaji tingkat pemenuhan tarif baru pada kelas VVIP sebesar 197,41%, VIP A 109,33%, VIP B 110,53% dan kelas utama sebesar 78,84%.
12. Hasil analisis sensitivitas unit cost tanpa gaji dan investasi, tingkat pemenuhan tarif baru pada kelas VVIP sebesar 234,54%, VIP A 128,61%, VIP B 139,87% dan kelas utama 98,42%.

13. Titik impas dengan menggunakan metode ABC pada tarip baru kelas VVIP adalah 119, kelas VIP A 1.105, kelas VIP B 3.927 dan kelas utama 1.522.
14. Titik impas dengan menggunakan metode ABC pada tarip yang sekarang berlaku adalah 286, kelas VIP A 2.119, kelas VIP B 9.008 dan kelas utama 3.411.
15. Titik impas pada tarip yang berlaku sekarang berdasarkan selisih antara total biaya dan total pendapatan, selisih positif tercapai pada kelas VVIP sedangkan pada kelas VIP A, VIP B dan utama selisih yang dihasilkan negatif.
16. Hasil simulasi titik impas pada tarip baru berdasarkan selisih antara total biaya dan total pendapatan, hasil positif dapat dicapai pada kelas VVIP, VIP A dan VIP B sedangkan kelas utama menunjukkan hasil negatif.
17. Penentuan tarip perlu memperhatikan unit cost, Cost Recovery Rate, Total Revenue, titik impas, tarip pesaing, tingkat utilisasi, tujuan pendirian rumah sakit.

B. SARAN

Berdasarkan kesimpulan tersebut di atas saran yang dapat disampaikan adalah sebagai berikut :

1. Penerimaan RSDMS dari Paviliun Cendana yang masuk ke kas daerah pada kenyataannya hanya berasal dari jasa sarana, dan merupakan 24% dari total penerimaan RSDMS. Subsidi operasional untuk Paviliun

Cendana dari APBD 2001 cukup besar, sehingga pada penentuan tarip di masa mendatang komponen tarip dari jasa sarana perlu ditingkatkan.

2. Pembiayaan Paviliun Cendana dari dana APBD sampai saat ini belum diketahui baik oleh Bagian Anggaran maupun pengelola Paviliun karena belum pernah dilakukan analisis biaya. Analisis biaya perlu secara rutin dilakukan untuk mendapatkan informasi kebijakan tarip dan subsidi, informasi pengendalian biaya, mendapatkan dasar untuk melakukan negosiasi dengan pihak yang akan mengadakan kontrak, pertanggung jawaban efektivitas biaya pada *stake holder* dan sebagai dasar untuk perencanaan anggaran di masa mendatang.
3. Tarip baru sudah waktunya diberlakukan, karena tarip saat ini belum dapat mencapai tingkat pemulihan yang diharapkan. Tingkat pemulihan yang belum mencapai 100% menunjukkan bahwa pada kelas perawatan tersebut masih mendapatkan subsidi. Sedangkan tujuan pembentukan Paviliun Cendana salah satunya adalah mewujudkan kebijakan silang untuk pasien non Paviliun Cendana.
4. Usulan tarip baru Paviliun Cendana dapat diberlakukan pada kelas VVIP, VIP A, VIP B sedangkan untuk kelas utama perlu direvisi karena tingkat pemulihan belum mencapai angka yang diharapkan. Menilik pencapaian BOR kelas utama kenaikan tarip baru juga perlu dipertimbangkan lagi. Berdasarkan hasil perhitungan titik impas, total pendapatan lebih besar dari total biaya tercapai pada kelas VVIP, VIP A, VIP B. Sedangkan pada kelas utama total biaya masih lebih besar dari pada total pendapatan.

5. Dalam perhitungan tarif baru sebaiknya berdasarkan analisis biaya agar dapat mencapai CRR yang memadai, sehingga tujuan pembentukan Paviliun Cendana dapat tercapai. Selain unit cost yang perlu diperhitungkan dalam penentuan tarif Paviliun Cendana adalah titik impas dan margin keuntungan yang diharapkan serta besarnya rencana subsidi untuk non Paviliun.
6. Selain menggunakan dasar analisis biaya dalam kebijakan penentuan tarif juga diperlukan penilaian tarif yang berlaku secara reguler agar dapat mencapai tujuan pembentukan Paviliun Cendana.
7. Pemberlakuan tarif baru pada Paviliun Cendana perlu diiringi dengan peningkatan sarana, prasarana dan kualitas sumber daya manusia untuk kenyamanan pasien. Peningkatan ini dapat dilakukan dengan memakai dasar hasil survey kepuasan pasien yang telah dilakukan secara reguler, sedangkan dana berasal dari dana yang dikelola oleh Paviliun Cendana.
8. Untuk dapat melaksanakan analisis biaya perlu adanya kerja sama dari bagian-bagian yang terkait di RSDMS.
9. Penelitian ini dapat merupakan studi awal untuk penelitian selanjutnya tentang Paviliun Cendana. Penelitian lain yang disarankan untuk dilakukan adalah studi tentang penurunan BOR pada kelas utama dan bagaimanakah kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan pada Paviliun Cendana.

DAFTAR PUSTAKA

- Aflah. Ruhul. *Pemikiran "Public and Private Mix" dalam Pelayanan Kesehatan Dasar*. Semiloka Public-Private Mix. Dalam Pelayanan Kesehatan. Jakarta. 2 Mei 2001.
- Berman et all, 1986, *The Financial Management of Hospital*, Ann Arbor Michigan, Health Administration Press, h 627.
- Berman et all, 1993, *Public Hospital in Developing Countries*, Baltimore, The John Hopkins University Press, h 99.
- Cooper, et all. 1991. *The design of cost Management Sytem. Text. Cases and Reading*. Prentice Hall INC. Enlewood Clift. New Jersey . p. 269
- FKM UI, 1997, *Analisis Biaya Dan Penerapan Tarip Rumah Sakit*, Jakarta, Pelatihan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu.
- Fuchs, 1986, *The Health Economy*, Cambridge, Harvard University Press, h 353.
- Gani, Ascobat, 1993, *Analisis Kebijakan Tarif Dalam Pelayanan Kesehatan, Seminar optimalisasi investasi perorangan dan kelompok dibidang pelayanan kesehatan*, Jakarta , 21 Agustus .
-,1997, *Mekanisme Cost dan Pricing Pelayanan Rumah Sakit Dalam Era Liberalisasi Pelayanan Kesehatan*.
-,1996, *Analisis Biaya*, Jakarta, Makalah Pelatihan Pemutakhiran Data Biaya Kesehatan.
- Hadari. Nawawi. 1996. *Penelitian terapan*. Jogyakarta. Gajah Mada University Press.
- Hongren et all, 1991, *Akutansi Biaya*, Jakarta ,Penerbit Erlangga.
-, 2001, *Laporan Tahunan*, RSUD. Dr. Moewardi Surakarta.
- Mardiasmo, 1994. *Akuntansi Biaya Penentuan Harga Pokok Produksi*. Yogyakarta. Andi Offset. h. 9.
- Mulyadi, 1993. *Akuntansi Manajemen: Konsep, Manfaat dan Rekayasa*, Edisi 2, Yogyakarta: STIE YKPN.

Nazir. Moh. 2001. *Metode Penelitian*. Jakarta, Ghalia Indonesia. h 65-71.

Sulastomo, 2000, *Manajemen Kesehatan*, Jakarta, Gramedia Pustaka Utama, h 207

Thabrany, Hasbullah. 1999. *Penetapan Tarif Rumah Sakit, Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, Program Pascasarjana Universitas Indonesia. Nomor 1 Volume I. Jakarta. h 5-16.

Tunggal. Amin Wijaya. 1992. *Activity Based Costing. Suatu pengantar*. Jakarta; Rineka Cipta h. 28-92

Tunggal, Amin Wijaya, 1995. *Activity Based Costing. Untuk Manufacturing dan Pemasaran*, Jakarta: Harvarindo. h. 28-92.

Weston, JF, 1990. *Dasar-dasarManajemen Keuangan*, Edisi IX, Jilid 1, Jakarta, Penerbit Erlangga. h 51

Wijono. Djoko. 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Teori, Strategi dan Aplikasi*, Volume 2. Surabaya. Airlangga University Press, Cetakan I . h 872-889.